FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 *août* 1868

PAR

PAUL DUBOIS

Né à Nantes (Loire-Inférieure)

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS

DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE

Le candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE VICTOR GOUPY

RUE GARANCIÈRE, 5

1868

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen: M. WURTZ.

Professeurs,	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturale médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	LASÈGUE.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	VERNEUIL. BROCA.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	SÉE (G.).
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. GRISOLLE. MONNERET. BEHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. N..... RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon., M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Prof. hon.*, MM. ANDRAL, CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LEFORT.	MM. POTAIN.
CHARCOT.	HOUEL.	LORAIN.	RAYNAUD.
DESPLATS.	JACCOUD.	LUTZ.	SEE (M.).
DESPRÈS.	JOULIN.	NAQUET.	TARNIER.
DE SEYNES.	LABBE (LÉON).	PANAS.	
DOLBEAU.	LABOULBÈNE.	PARROT.	
FOURNIER.	LIEGEOIS.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	N...
— d'ophthalmologie	N...

Examinateurs de la thèse.

MM. ROBIN, *président;* VERNEUIL, FOURNIER, LABOULBÈNE, *agrégés.*

M. FORGET, *secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A LA MÊMOIRE DE MON ONCLE, M. PITRE DUBOIS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE ET DE MA TANTE

M. ET MME DURAND-DUBOIS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M LE PROFESSEUR CH. ROBIN

Je prie M. CHARCOT, professeur agrégé de la Faculté de médecine, d'accepter mes remercîments pour l'obligeance avec laquelle il m'a donné tous les renseignements qui m'étaient indispensables.

AVANT-PROPOS

En faisant ce travail, nous n'avons pas voulu entreprendre une étude complète de l'ataxie locomotrice progressive. Nous voulons simplement appeler l'attention sur certains symptômes qui ne se présentent pas régulièrement dans la marche de cette affection. Toutefois, avant de décrire ces différentes particularités, nous avons cru devoir donner une description générale de la maladie. Aussi diviserons-nous notre travail de la manière suivante.

Première partie

1° Tableau de la maladie.
2° Anatomie pathologique.

Seconde partie

3° Arthropathies des ataxiques.
4° Crises viscérales.
5° Épilepsies spinales.
6° Traitement.

ÉTUDE

SUR QUELQUES POINTS

DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

PROGRESSIVE

PREMIÈRE PARTIE

TABLEAU DE LA MALADIE

Sous le nom de *tabes dorsalis*, en 1851, Romberg (de Berlin) décrivit une maladie qui, par ses symptômes et ses lésions anatomiques, a tellement d'analogie avec l'ataxie locomotrice progressive, que nous ne croyons pas devoir en faire deux maladies. En 1858, M. Duchenne (de Boulogne) appela l'affection qui nous occupe *ataxie locomotrice progressive*, et en donna la définition suivante tirée de ses symptômes principaux : « abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire. »

Depuis, un grand nombre d'autopsies nous a montré que l'ataxie locomotrice était constamment accompagnée de lésions anatomiques bien déterminées. Aussi acceptons-nous la définition suivante de M. Axenfeld, et basée à la fois sur les lésions et sur les symptômes.

Définition. Sous ce nom, proposé par M. Duchenne (de Boulogne), on désigne une maladie chronique des cen-

tres nerveux, principalement caractérisée : 1° *au point de vue des symptômes* par l'incoordination, sans paralysie, des mouvements volontaires, par une anesthésie cutanée et musculaire à peu près constante, des douleurs spéciales, la paralysie des nerfs moteurs oculaires; et 2° *anatomiquement*, par des altérations particulières qui occupent surtout les cordons postérieurs de la moelle et les racines postérieures des nerfs rachidiens (1).

SYMPTOMATOLOGIE.

Symptômes de l'ataxie locomotrice progressive.

On peut les diviser en symptômes spéciaux et en symptômes crâniens selon qu'ils expriment plus ou moins directement l'état pathologique de la moelle et des nerfs rachidiens, ou bien l'affection des nerfs céphaliques. Les premiers pourraient également recevoir le nom de symptômes essentiels, les seconds de symptômes accessoires; les uns consistent en troubles de la motilité et de la sensibilité du tronc et des membres; les autres se passent dans les muscles oculaires et les organes des sens (2).

1° *Symptômes spéciaux ou essentiels.* (Troubles de la sensibilité et de la motilité.)

Troubles de la sensibilité. Dans quelques cas, on cons-

(1) Axenfeld. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome VII, première partie, page 56.

(2) Axenfeld. *Loc. cit.*, page 57.

tate dès le début, dans un point du rachis, une douleur que la pression exagère ; mais plus souvent le malade se plaint d'une douleur qui lui entoure l'abdomen comme une ceinture.

Les douleurs sont généralement les premiers accidents qui frappent le malade. Quelquefois insidieuses, elles se montrent à de longs intervalles, d'après les varations atmosphériques; d'autres fois violentes, elles deviennent fréquentes et assez intenses pour inquiéter le malade. Vagabondes à leur origine, les douleurs se fixent plus tard sur les membres, surtout les membres inférieurs. Le membre sur lequel se fait cette localisation, est destiné à être le premier atteint par les désordres ataxiques. Fixées à l'une ou aux deux extrémités inférieures, elles se propagent plus tard de bas en haut aux jambes, aux cuisses et au tronc.

Ces détails ne sont pas sans intérêt; ne sont-ils pas les indices d'un travail qui se passe vers la moelle, travail sourd, général d'abord et finissant par se préciser dans les points où dorénavant il doit se confirmer (1)?

Ces douleurs appelées « douleurs fulgurantes » se manifestent dans toutes les régions. On peut les diviser en trois espèces : 1° Celles qui se présentent dans un point limité ; très-vives, elles donnent la sensation d'une vrille qu'on enfonce dans les tissus. 2° Celles qui suivent le trajet d'un nerf; elles sont semblables à une secousse

(1) Topinard. *De l'ataxie locomotrice progressive*, page 250.

électrique. 3° Celles qui se montrent en ceinture; appelées constrictives, elles rappellent la douleur produite par l'étreinte d'un étau; ces dernières, beaucoup moins vives, sont beaucoup plus tenaces. Ces douleurs, comme nous l'avons dit, peuvent occuper non-seulement les membres, mais le bassin, la poitrine, les parties profondes. Elles apparaissent et disparaissent, persistent pendant quelque temps et constituent de véritables petits accès très-douloureux.

La sensibilité chez l'ataxique se modifie de manières bien différentes. L'engourdissement, les fourmillements, l'anesthésie ou l'hyperesthésie se montrent généralement dans le cours de l'affection.

L'engourdissement est désigné par le malade comme une sensation de pesanteur siégeant dans la totalité ou dans une partie d'un membre.

Les fourmillements commencent par se montrer dans les extrémités, dans les doigts; un petit doigt de pied est fréquemment la partie envahie la première. Ils donnent la sensation de piqûres faites avec des aiguilles. Dans les différentes régions où le malade ressent de l'engourdissement ou des fourmillements la sensibilité est généralement altérée.

La sensibilité au contact est souvent la première affaiblie ou perdue. La notion du sol est presque toujours altérée (c'est ce qui fait dire au malade qu'il marche sur du coton). Dans beaucoup de cas la sensibilité offre des bizarreries. Certain malade ne sent ni une piqûre, ni aucun frottement, et sent parfaitement l'arrachement d'un poil. Un autre prendra la sensation de la brûlure pour celle de la

piqûre. Cependant la sensation de la température est souvent conservée.

Quelquefois la sensibilité est lente à se produire; alors la sensation, au lieu d'être immédiate, n'apparaît qu'aprés quelques secondes; et une fois perçue elle persiste quelque temps.

Le malade souvent perd la sensibilité profonde; alors il n'a plus la notion de position. Dans son lit (il dit perdre ses jambes). La sensibilité profonde peut être éteinte sans que la sensibilité cutanée soit altérée.

L'affaiblissement de la sensibilité générale apparaît fréquemment. On constate des pertes séminales sans érection, ou des érections prolongées sans éjaculation. Ce sont là des formes d'impuissance chez l'ataxique qui signalent souvent l'invasion de la maladie. Chez des femmes ataxiques, des faits analogues ont été observés.

La vessie et le rectum sont eux aussi le siége de différents troubles de la sensibilité. Ceux de la vessie sont beaucoup plus fréquents : la dysurie, l'incontinence d'urine, la cystite. La dysurie est temporaire et intermittente; elle dure un jour, une semaine ou des mois, disparaît et revient.

Les troubles du rectum sont beaucoup plus rares.

Troubles de la motilité. — C'est la motilité qui fournit les symptômes les plus caractéristiques. Couché, le malade peut exécuter les différents mouvements de flexion et d'extension qu'on lui dit de faire; mais dès qu'il essaie de soulever ses membres (surtout ses membres inférieurs), apparaissent des oscillations. Levé, il marche difficilement, il a peine à suivre une ligne droite, sur-

tout sur un sol uni comme un parquet. Il se met en marche avec difficulté et s'arrête malaisément une fois qu'il a pris son élan; il titube, sa démarche manque d'assurance, il ressemble à un homme ivre; il écarte ses jambes pour se donner une plus large base de sustentation.

L'ataxique, en marchant, détache brusquement du sol le membre qu'il veut mettre en mouvement, lance en avant le pied et le laisse retomber lourdement par le talon. Dans sa marche on remarque l'irrégularité ou le déréglement du pas; il fait un pas énorme suivi d'un autre beaucoup plus petit. Cette démarche lui donne une attitude particulière qui facilite le diagnostic. Dans une période plus avancée de l'affection, il ne peut plus marcher sans le secours d'aides. Alors il jette follement ses membres à gauche et à droite. Cette incohérence de mouvements semble s'accroître en raison des efforts qu'il fait pour la prévenir. L'ataxique a beaucoup de difficulté pour se tenir debout en équilibre, et cette difficulté est augmentée lorsqu'il ferme les yeux ou qu'il se trouve dans l'obscurité. Debout, les pieds rapprochés, les yeux fermés ou dans l'obscurité, il oscille aussitôt, penche en avant ou en arrière, et tomberait certainement s'il n'était retenu par un aide.

Plus tard, même assis, la station est difficile; quelquefois le malade glisse du siége sur lequel il repose et tombe sur le sol.

Sur les membres supérieurs, les mêmes troubles peuvent être remarqués, mais ils sont moins caractérisés et leur fréquence est beaucoup moindre et leur apparition

plus tardive qu'aux membres inférieurs. Le malade ne peut exécuter avec ses mains aucun mouvement précis. Il lui est impossible de boire, de manger, d'écrire. Alors comme aux membres inférieurs le désordre des mouvements est d'autant plus grand qu'il fait plus d'efforts pour le vaincre.

Rarement ces désordres s'étendent aux muscles de la face. Tous ces troubles de la mobilité ne sont pas le résultat d'une altération de la force musculaire, car chez l'ataxique la force musculaire quoique diminuée est plus que suffisante pour l'exécution de tous les mouvements. A ce sujet, M. Trousseau dans ses leçons cite l'exemple d'un maçon qui avait peine à faire quelques pas sur le sol uni d'une salle d'hôpital, et qui la veille avait traversé tout Paris à pied et sans fatigue. On peut se rendre compte de la conservation de la force musculaire en faisant enlever des poids au malade ou en se servant du dynamomètre.

2° *Symptômes crâniens ou accessoires.*

Troubles oculaires. — Avec le docteur G. Dujardin-Beaumetz, nous les diviserons en trois groupes :

1° Altérations de la vue qui proviennent des troubles plus ou moins profonds des nerfs optiques et de la rétine.

2° Altérations qui résultent d'un trouble dans la contractilité des muscles si nombreux qui entourent le globe oculaire.

2

3° Altérations qui dépendent des modifications oculo-pupillaires.

Étudions successivement chacun de ces groupes :

1° Ces altérations ne se produisent jamais subitement. La vue s'affaiblit d'abord dans un œil, puis dans l'autre ; quelquefois cet affaiblissement n'est que passager, il disparaît pour revenir bientôt. Généralement les troubles ne s'accompagnent d'aucune douleur, cependant dans certains cas de violentes douleurs se manifestent au pourtour de l'orbite. Dans d'autres, le malade a des éblouissements, il voit les objets colorés. Enfin la diplopie peut apparaître sans modification appréciable dans la direction des axes optiques.

2° Les altérations du second groupe sont de deux sortes, suivant qu'elles sont le résultat d'une paralysie ou d'une motilité anormale et exagérée.

La paralysie peut atteindre soit le moteur oculaire commun (troisième paire), soit le moteur oculaire externe (sixième paire). Les symptômes sont différents selon que c'est la troisième ou la sixième paire qui est paralysée.

Lorsque la troisième paire est paralysée, on remarque la chute de la paupière supérieure, la déviation de l'œil en dehors (ou strabisme externe) et la dilatation de la pupille. Cette paralysie peut être double ou simple. Le plus souvent, elle est simple, et dans ce cas, d'après une statistique faite par M. Marius Carre, sur 10 cas de tabes dorsualis où elle était notée, huit fois elle siégeait à gauche et deux fois à droite.

Chez un ataxique atteint de paralysie de la troisième

paire, avec le docteur Galezowsky, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Fournier, nous avons placé un objet du côté de son œil sain, et nous lui avons dit de regarder l'objet. Il vit deux images; alors, nous avons placé entre l'objet et l'œil dévié un petit verre rouge. Le malade vit l'image rouge croisée avec l'autre par rapport à ses yeux. Dans ce cas il y avait strabisme divergent causé par la paralysie de la troisième paire et diplopie aux images croisées. Lorsque la paralysie frappe la sixième paire, le strabisme interne est le seul symptôme qui apparaît. Comme la paralysie de la troisième paire elle peut se porter sur un œil ou sur les deux. Chez un ataxique atteint de paralysie de la sixième paire, le docteur Galezowsky avait fait l'expérience que nous avons répétée sur le malade dont nous venons de parler. Il avait constaté la diploplie, mais diplopie aux images homogènes.

Dans certains cas, ce n'est plus la paralysie qui est remarquée, mais une véritable incoordination dans les mouvements de l'œil.

3° Les symptômes qui se manifestent dans les altérations du troisième groupe sont un resserrement, une déformation de la pupille; un aplatissement de la cornée; et quelquefois une tuméfaction des paupières, une vascularisation considérable de l'œil atteint, et une élévation de température de ce dernier.

Enfin on cite quelques cas de paralysie de la face, et quelques autres de surdité.

Marche. — Par rapport à la marche des symptômes M. Duchenne (de Boulogne) admet trois périodes. Dans la première période apparaissent: 1° les paralysies oculo-

motrices; 2° l'amaurose; 3° les douleurs fulgurantes.

Cette période est pour ainsi dire la période prodromique, qui peut aussi bien durer pendant quelques mois que pendant plusieurs années.

La deuxième période est caractérisée par l'anesthésie, et par l'incoordination motrice s'emparant d'abord des membres inférieurs et pouvant s'étendre plus tard aux membres supérieurs. La troisième période se manifeste par l'aggravation de tous ces troubles.

Tous les symptômes se présentent fréquemment dans l'ordre que nous venons d'indiquer. Cependant, souvent cet ordre est altéré. Les troubles oculaires, les douleurs fulgurantes, n'apparaissent quelquefois que longtemps après le début de l'affection; et même dans certains cas ils peuvent faire complétement défaut. Alors ils sont remplacés par les symptômes de la seconde période. D'autres fois l'on voit apparaître simultanément un ou plusieurs signes des deux premières périodes. La marche de l'ataxie locomotrice est donc irrégulière.

Durée. — La durée est généralement longue; dix, quinze, vingt ans, pendant lesquels on constate des améliorations, des stationnements et des aggravations.

Étiologie. — L'ataxie locomotrice se développe entre trente et cinquante ans. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; elle se montre parfois chez plusieurs personnes de la même famille (M. Carre cite une famille, dans laquelle on a constaté dix-huit cas d'ataxie locomotrice progressive), et surtout dans les familles où se trouvent d'autres affections nerveuses. Le froid humide prolongé paraît en être une des causes.

Les excès vénériens, les abus alcooliques, enfin tout ce qui peut exciter le système nerveux doit prendre place dans cette étiologie.

Pronostic. — Le pronostic de l'ataxie locomotrice est très-grave : « Nul espoir de guérison, dit Romberg, ne luit pour ceux qui en sont atteints; tous sont condamnés sans appel. » Cependant on cite plusieurs cas de guérison complète, et, pour notre part, nous avons vu, sinon des guérisons, au moins de fortes améliorations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En examinant les nombreuses observations d'ataxie locomotrice progressive qui ont été complétées par l'autopsie, nous voyons que toujours elles présentent des lésions bien déterminées.

Nous diviserons ces lésions en lésion fondamentale et en lésions organiques.

Lésion fondamentale. — C'est la sclérose des cordons postérieurs.

Lésions accessoires.—Ces lésions consistent dans l'atrophie des racines postérieures, la méningite spinale et les lésions des nerfs optiques.

Lésion fondamentale. — Cette lésion occupe toujours le même siége, les cordons postérieurs de la moelle épinière. L'altération n'a pas constamment la même étendue; généralement bornée aux régions lombaire et dorsale, quelquefois elle s'étend à la région cervicale; alors elle occupe toute la longueur des cordons postérieurs depuis le renflement lombaire jusqu'au bec du *calamus scriptorius*. Elle est d'autant moins prononcée qu'on examine la moelle plus près de la région cervicale. Elle occupe tantôt la ligne médiane des cordons postérieurs, tantôt un côté seulement et quelquefois toute leur épaisseur.

Examen à l'œil nu. — L'altération des faisceaux postérieurs de la moelle se montre à l'œil par une colora-

tion grisâtre, ardoisée de la partie altérée. Cette partie est entremêlée de lignes blanchâtres, signalées et représentées par M. Cruveilhier dans son atlas d'anatomie pathologique, et plus tard par MM. Charcot et Vulpian, comme étant du tissu sain échappé à la maladie (1).

La moelle aplatie, affaissée sur elle-même, atrophiée le plus souvent, offre dans certains cas son volume normal.

Examen microscopique. — Les faisceaux postérieurs subissent une profonde altération. Dans la partie altérée les tubes nerveux disparaissent presque tous. Cependant on en trouve encore quelques-uns très-sains, disséminés au milieu du tissu fibrillaire, qui forme la presque totalité des parties altérées. Les tubes peuvent être aplatis; alors il y a atrophie des tubes. Entre les tubes nerveux, apparaissent, dès le début de l'affection, des produits nouveaux; de nombreux noyaux, les uns allongés et étroits, les autres arrondis, généralement sans nucléole, mais contenant quelques fines granulations (2). Plusieurs des noyaux allongés sont étranglés vers leur milieu; d'autres même présentent deux étranglements, et paraissent ainsi en voie de prolifération. Plus tard, on remarque une quantité considérable de corps amyloïdes. Dans l'affection nommée autrefois tabes dorsualis (dit Virchow dans sa *Pathologie cellulaire*, p. 235), dans ce que nous caractérisons aujourd'hui par l'atrophie de certains cordons spinaux, on voit, à mesure que l'atrophie

(1) Thèse de M. Edwards, 1863.

(2) Vulpian. *Archives de physiologie normale et pathologique*, n° 1, page 131.

avance et que les nerfs sont détruits en diverses directions, dans les cordons postérieurs, par exemple, on voit, dis-je, près de la commissure postérieure, des traits coniques dans lesquels la substance blanche devient grisâtre et transparente : en un mot, il se forme apparemment de la substance grise. L'affection peut faire des progrès, et la partie conique altérée peut s'élever de plus en plus et augmenter en largeur. Toute la substance des fibres médullaires disparaît peu à peu, on ne trouve plus de nerfs nets dans ces points ; ils sont remplacés par une énorme quantité de névroglie contenant des corpuscules amylacés.

MM. Charcot et Vulpian (1) ont signalé l'hyperplasie du tissu conjonctif de la moelle, et de plus la présence de tubes nerveux de nouvelle formation, preuve que les altérations de la moelle sont susceptibles de reparaître comme celles des autres tissus. Ce fait est digne d'être noté, car il nous explique comment, dans certains cas, l'ataxie locomotrice progressive peut rétrograder, et il nous apporte l'espoir qu'elle peut guérir.

Lésions accessoires. — *Atrophie des racines postérieures.* A l'œil nu, les racines postérieures des nerfs rachidiens, examinées entre leurs origines et leurs ganglions, offrent une coloration grisâtre et une atrophie apparente. Ces caractères sont d'autant plus accentués qu'on examine les racines plus près de la région lombaire. A l'examen microscopique, on constate que les bes nerveux sont moins nombreux, plus petits, placés

(1) Thèse de M. Carre. *De l'ataxie locomotrice progressive.*

au milieu du tissu fibrillaire qui constitue presque toute la partie altérée, comme dans les faisceaux postérieurs.

Méningite spinale. — Quelquefois saines, les méninges sont le plus souvent vascularisées. On remarque surtout ces inflammations sur la pie-mère et l'arachnoïde.

Lésions des nerfs optiques. — Les nerfs optiques sont souvent altérés. On les trouve aplatis, semblables à un ruban. Avec le microscope, on constate l'atrophie de leurs tubes nerveux.

Lorsqu'il existe des troubles visuels, l'atrophie de la papille est un fait fréquent (1) ; elle est caractérisée par : 1° une diminution de volume des gros vaisseaux et en particulier des artères ; 2° par une disparition à peu près complète des vaisseaux capillaires ; 3° par la coloration d'un blanc nacré de la papille. On retrouve au microscope, dans ce point, les mêmes altérations que sur le nerf optique. Les nerfs de la troisième et de la sixième paire peuvent aussi être le siége d'une lésion. Alors ils offrent cette coloration grisâtre, une diminution de volume, et leurs tubes nerveux sont atrophiés. Parmi les organes thoraciques, les poumons présentent souvent des tubercules. MM. Charcot et Vulpian ont insisté sur ce fait.

Pour expliquer différents symptômes que l'on trouve dans l'ataxie locomotrice progressive, mais qui n'apparaissent pas régulièrement dans le cours de l'affection, certains auteurs ont invoqué une altération du grand

(1) Thèse de M. Carre, 1862.

sympathique, pour expliquer par exemple la vascularisation de l'œil, ou plusieurs troubles gastriques (douleurs, vomissements, diarrhées).

Dans un grand nombre d'autopsies, le grand sympathique a été examiné avec soin. Les cordons cervicaux du grand sympathique et les ganglions avec lesquels les cordons sont en rapport ont surtout été examinés. Je n'ai jamais constaté une altération bien nette de ces parties du système nerveux, dit M. Vulpian. Dans les ganglions sympathiques du plexus solaire, on est arrivé au même résultat négatif.

Jusqu'à notre époque, la science compte trois cas où avec les symptômes de l'ataxie locomotrice progressive, les lésions anatomiques n'aient pas été rencontrées. Dans deux de ces cas, celui du malade de M. Nonat et celui de M. Pihan-Dufeillay, de Nantes, l'examen microscopique a été négligé. Il est possible que dans ces deux cas les lésions anatomiques n'étaient pas assez prononcées pour être vues à l'œil nu. De plus, dans l'autopsie faite par M. Pihan-Dufeillay, la moelle n'a été examinée que jusqu'au niveau de la première vertèbre dorsale, et nous savons que les lésions des cordons et des racines postérieurs dans l'ataxie locomotrice sont d'autant moins prononcées qu'on les examine dans un point plus rapproché de la région cervicale.

Enfin le troisième cas est celui du malade de M. Gubler. Il mérite toute notre attention.

Ire OBSERVATION

ATAXIE LOCOMOTRICE AU DÉBUT. — ABSENCE DE LÉSIONS.
(Observation publiée par M. GUBLER.)

Un homme, mort dans le service de M. Gubler, le 16 octobre 1863, d'une variole confluente, était atteint de douleurs depuis treize années, d'une paralysie de la troisième paire gauche et d'une amblyopie double progressive depuis trois années environ, et d'incertitude dans la marche depuis six mois. A l'ophtbalmoscope, on trouva les deux pupilles en voie d'atrophie. La sensibilité cutanée était altérée, le sens musculaire conservé. L'ataxie était bien caractérisée aux mains et aux jambes.

L'expression choréique a même été employée pour les supérieurs. Vers les derniers jours, dans le cours de la maladie aiguë à laquelle il a succombé, il fut pris de phénomènes de paralysie musculaire véritable. A l'autopsie on ne trouve absolument rien à l'œil nu dans l'encéphale, le cervelet, les racines et les cordons de la moelle. Toute la moelle était très-injectée; les nerfs optiques étaient gris, semi-transparents, ramollis depuis la pupille jusqu'aux corps genouillés exclusivement. L'un des nerfs moteurs oculaires communs était aplati, diminué de volume, mais n'était pas gris. L'examen microscopique, pratiqué par MM. Gubler et Luys, trouva les cordons et les racines postérieurs sains et l'altération habituelle des nerfs optiques. Ayant comparé moi-même une section transversale du renflement lombaire de ce malade, avec une section semblable chez l'ataxique dont nous avions fait l'autopsie, quinze jours auparavant, dans le service de M. Trousseau, j'ai pu constater cette intégrité. Cependant, en y regardant de près, il m'a semblé que le bord postérieur de la commissure grise, au lieu de s'arrêter brusquemen était diffus et se confondait insensiblement avec le centre des cordons postérieurs, comme si ceux-ci commençaient à s'altérer da leur profondeur.

Remarque. L'examen microscopique aurait montré, pratiqué par MM. Gubler et Luys, les cordons et les racines postérieurs sains.

Comment interpréter ce fait unique dans la science? Nous pensons que la lésion n'a pas été trouvée, parce qu'alors les observateurs n'avaient pas à leur disposition tous les moyens d'expérimentation que nous avons maintenant. Il est probable que s'ils avaient employé le carmin, comme l'ont fait plus tard MM. Charcot et Bouchard, dans une observation que nous croyons devoir reproduire entièrement, ils auraient découvert la lésion anatomique.

IIe OBSERVATION

ATAXIE LOCOMOTRICE AU DÉBUT. — LÉSIONS ÉVIDENTES.
(Observation publiée par MM. Charcot et Bouchard.

S... Catherine, née à Altkirch (Haut-Rhin), célibataire, a été admise à la Salpêtrière le 19 mars 1859, à l'âge de 51 ans. Cette femme ne peut donner aucun renseignement sur ses parents, qui sont morts alors qu'elle était en bas âge. Un oncle maternel, qui était rhumatisant, est mort d'apoplexie foudroyante. Elle a eu un frère aîné qui est mort rhumatisant, une sœur bien portante. Elle a d'autres frères et sœurs sur lesquels elle ne peut pas donner de renseignements.

La malade paraît avoir été chétive pendant son enfance, elle n'a eu cependant ni maux d'yeux, ni gourmes, ni engorgements ganglionnaires. Réglée à 14 ans, elle ne tarda pas à voir sa santé s'amé-méliorer. Elle était néanmoins sujette à la leucorrhée, avec maux d'estomac et à quelques accidents nerveux, tels que la boule histérique. La menstruation était régulière.

A l'âge de 20 ans, elle contracta la syphilis, passa un an à la Pitié, puis six mois à l'hôpital du Midi. Elle avait alors des ulcérations dans la gorge, un écoulement vaginal, des plaques muqueuses à

l'anus. Elle ne se rappelle pas avoir eu d'éruptions cutanées ni aucun accident profond.

En sortant de l'hôpital du Midi, elle se livra pendant trois ans à la prostitution. Elle n'eut ni enfants ni fausses couches. Elle reprit ensuite le travail, tantôt femme de ménage, tantôt cuisinière, se nourrissant mal, se fatiguant beaucoup, presque toujours exposée à l'humidité. Cependant, avant le début de la maladie actuelle, dont elle a ressenti les premières atteintes à l'âge de 47 ans, elle n'a jamais présenté aucun symptôme qui pût être rapporté au rhumatisme. — Elle porte, à la vérité, de chaque côté du sacrum des cicatrices de cautères, dont l'application aurait été prescrite par M. Ricord, lorsqu'elle était soignée pour la syphilis, à une époque où elle ne présentait encore aucune douleur dans les membres inférieurs. Elle ne sait pas expliquer dans quel but on lui a fait subir ce traitement. En tout cas, elle n'a jamais eu d'attaques de rhumatisme articulaire aigu.

La ménopause est survenue sans accident, à l'âge de 45 ans.

A l'âge de 47 ans, la malade commença à éprouver de violents élancements dans les cuisses et dans les jambes. Elle souffrait également de douleurs vagues dans les membres supérieurs et dans tout le corps. Elle éprouvait aussi quelquefois des engourdissements dans la jambe droite. Ces douleurs, revenant à intervalles réguliers, duraient chaque fois une semaine, et disparaissaient spontanément. La marche n'était nullement gênée, et la puissance musculaire paraissait intacte. C'est pour ces douleurs, que l'on avait considérées comme rhumatismales, que la malade avait été admise à la Salpêtrière, cinq ans après le début des accidents. Pendant les six années qu'elle passa dans cet hospice, elle fit plusieurs séjours à l'infirmerie.

Le 25 août 1863, elle y était ramenée par ses douleurs, et l'observation qui fut rédigée alors porte que les douleurs paraissaient siéger le long des os, et qu'on les soupçonne d'être syphilitiques; mais au bout de quatre jours elles ont disparu complétement. A la même époque, on trouve notés l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, l'absence de l'albumine dans les urines, un bruit de souffle, doux au cœur, se prolongeant dans les carotides ; enfin, des sensa-

tions voluptueuses qu'elle comparait à celles du coït, qui survenaient spontanément depuis quatre ans, mais qui avaient cessé depuis cinq ans. Le col de l'utérus était détruit et remplacé par une cicatrice.

Le 28 octobre 1865, elle est admise de nouveau à l'infirmerie pour un accès de dyspnée survenu dans la nuit. On constate un double bruit de souffle au cœur, rude, ayant son maximum à la base, s'étendant faiblement à la pointe, se prolongeant dans les carotides. Le bruit du second temps est plus marqué et comme râpeux. Il n'y a jamais eu d'œdème des extrémités; les urines ne contiennent pas d'albumine. Elles sont, le 3 novembre, à peu près dans le même état; cependant la dyspnée a considérablement diminué.

Le 12 novembre 1865, elle entre une dernière fois à l'infirmerie, et est couchée au n° 3 de la salle Saint-Jacques. L'attention se porte alors plus particulièrement sur les symptômes spinaux. On apprend que les douleurs que la malade éprouve depuis onze ans dans les membres inférieurs reviennent par accès, tous les quinze jours ou tous les mois, qu'elles durent chaque fois six ou huit jours. Ces douleurs sont constituées par des élancements fréquents, très-rapides, parcourant comme un éclair toute la longueur des membres inférieurs, arrachant par fois des cris. Elles partent de la région lombo-sacrée et se succèdent avec rapidité, torturant cruellement la malade; puis elles se reproduisent avec les mêmes caractères après de courtes rémissions. Il n'y a pas de douleur de ceinture, pas de sensation de constriction des membres ni du tronc.

Le caractère fulgurant des élancements douloureux, leur analogie avec ceux de l'ataxie, conduisirent à étudier avec le plus grand soin les autres modes de la sensibilité et l'état des fonctions de locomotion.

Les sensations de contact, ainsi que celles de température, paraissent normalement perçues aux membres inférieurs. La sensibilité au pincement, au contraire, paraissait diminuée. La pression sur la colonne vertébrale ne déterminait aucune douleur.

La malade marchait sans embarras, sans mouvement de projeta-

tion des jambes, sans frapper le sol du talon, sans que l'occlusion des paupières modifiât son assurance. Au lit, l'étude des mouvements partiels faisait reconnaître leur régularité et l'intégrité de leur puissance. La malade exécutait sans indécision, les yeux fermés, tous les mouvements qu'on lui commandait. La notion de position des membres était conservée intacte.

Du côté des sens spéciaux, on ne trouva à noter qu'un affaiblissement de la vue datant de trois ou quatre ans, sans strabisme, sans diplopie; la malade se plaignait seulement de voir des mouches et des brouillards.

Les accidents dyspnéiques indiqués plus haut prirent une nouvelle intensité; la respiration devint anxieuse, haletante, avec accès d'orthopnée; les membres inférieurs devinrent œdémateux. Le 28 novembre on constatait un double hydrothorax. Les urines, examinées à cette époque, ne donnaient, par la chaleur, ni par l'acide nitrique, aucun précipité albumineux. Enfin la malade succomba le 6 janvier 1866.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

Le cœur pesait 550 grammes; hypertrophié d'une manière générale, il était distendu par une grande quantité de sang noir. La crosse de l'aorte était dilatée, ses parois épaissies étaient eucroûtées d'athérome calcaire non ulcéré. Les valvules sigmoïdes de l'aorte, dures, recroquevillées, produisaient une insuffisance très-prononcée et portaient sur leur bord libre de petites végétations verruqueuses, formées exclusivement de fibrines en régression graisseuse, sans trace d'organisation.

Le foie pesait 1,340 grammes; il était congestionné et graisseux et présentait un type de ce qu'on désigne sous le nom de foie muscade. Il n'offrait pas de cicatrices syphilitiques.

La rate, de volume moyen, de consistance ferme, ne présentait pas de traces d'infarctus.

Les deux plèvres, la droite surtout, contenaient une grande quantité de sérosité jaune, tenant quelques flocons fibrineux en suspension.

Dans le lobe moyen du poumon droit, on trouva un noyau d'apoplexie du volume d'un petit œuf.

Le lobe inférieur du poumon gauche était le siége d'une pneumonie granulée au troisième degré.

Les reins étaient congestionnés, surtout dans quelques pymarides, dont les tubes étaient remplis de cellules fortement infiltrées de granulations graisseuses.

L'utérus présentait à sa surface des traces manifestes d'ancienne péritonite (*peritonitis scortorum*). C'étaient des plaques nacrées qui se prolongeaient sur les trompes. Les pavillons étaient complétement englobés dans les fausses membranes. Celui de droite adhérait à l'appendice iléo-cæcal.

A l'ouverture du rachis, on ne trouva rien d'anormal dans la cavité rachidienne. La dure-mère était saine, la moelle de consistance et de coloration naturelles.

Sur la face postérieure de la queue de cheval et de la partie inférieure du renflement lombaire, la pie-mère présentait quelques plaques méningétiques, disséminées, blanchâtres, légèrement saillantes.

Dans les mêmes parties, l'arachnoïde était parsemée de distance en distance de petits disques nacrés très-minces, de consistance et d'apparence cartilagineuses, mais qui, au miscrocope, se montraient exclusivement composés de tissu conjonctif. Rien de semblable ne se voyait sur la face antérieure de la queue de cheval et de la moelle.

La moelle, examinée à l'œil nu et à l'état frais, offre une surface de section d'apparence normale. Toutefois, un examen plus attentif révèle dans les cordons postérieurs, à la partie la plus interne, vers le sillon postérieur et un peu au contact de la pie-mère, une légère modification dans la coloration : c'est une teinte grisâtre, demi-transparente, sans modification appréciable de la consistance. Cet aspect ne peut se reconnaître que dans les parties inférieures de la moelle. Les cordons postérieurs ne paraissent d'ailleurs pas atrophiés. Les racines postérieures paraissent normales.

Une parcelle de tissu altéré, examinée au miscroscope à l'état frais, montre de nombreux tubes nerveux normaux ou légèrement variqueux, et entre eux une matière amorphe, finement granuleuse,

contenant en assez grand nombre des myélocytes et des corps amyloïdes. Les capillaires présentent aussi une multiplication de leurs noyaux. Cette prolifération nucléaire est rendue beaucoup plus évidente par l'addition d'une goutte de solution faible de carmin.

Après avoir fait durcir la moelle dans une solution d'acide chromique, on voit que la solution concentrée de carmin colore fortement la partie interne et postérieure des cordons postérieurs, à l'exclusion des autres cordons de substance blanche. On remarque de plus que cette coloration, qui décèle la présence du tissu conjonctif de nouvelle formation, occupe en largeur un espace plus étendu que ne l'aurait fait supposer l'examen direct de la moelle à l'état frais, et qu'elle se produit dans toute la hauteur de l'axe rachidien, mais d'autant moins qu'on se rapproche davantage du bulbe.

Enfin des coupes minces, pratiquées perpendiculairement à l'axe, montrent nettement les rapports du tissu de nouvelle formation qui sépare les tubes. Les parties altérées sont transparentes, parsemées de points noirs, tandis que dans les parties saines, les tubes, étant contigus, interceptent partout également la lumière, ce qui donne à la préparation une teinte sombre uniforme.

L'encéphale a été trouvé normal.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. La maladie était à la première période. Les douleurs fulgurantes et un commencement d'affaiblissement de la vue étaient les seuls signes de l'affection. Néanmoins l'autopsie montra la lésion des cordons postérieurs. Ce fait n'est-il pas la preuve évidente que dès l'apparition des premiers symptômes, la lésion était déja en voie de formation, et que tous ne sont que la conséquence de cette lésion.

Pour notre part, nous sommes heureux de pouvoir constater que le début de l'affection consiste en une

lésion matérielle. Ce fait nous permet de repousser avec assurance les différentes théories qui déclaraient l'ataxie locomotrice, une véritable névrose, une affection sans lésion.

SECONDE PARTIE

Nous avons présenté un tableau de l'ataxie locomotrice progressive, telle qu'elle apparaît dans la grande majorité des cas. Quelquefois cependant on observe, dans la marche de l'affection et même dès le début, certains symptômes qu'il est intéressant d'indiquer. C'est ce que nous nous proposons de faire dans les chapitres suivants en donnant les différentes observations que nous avons pu recueillir.

Ces symptômes nous ont été signalés par M. Charcot; aussi aurons-nous souvent recours à son mémoire, publié dans les *Archives de physiologie normale et pathologique* et à ses savantes leçons, faites à la Salpêtrière, sur les affections de la moelle.

IIIe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — ARTHROPATHIE DU COUDE GAUCHE (empruntée à M. CHARCOT) (1).

Je donnais depuis longtemps des soins à Madame B..., âgée de 50 ans environ, atteinte d'ataxie locomotrice progressive bien caractérisée depuis plus de dix ans, et confinée au lit depuis plus de six ans, par suite des rapides progrès de la maladie. Les membres inférieurs ont été seuls atteints pendant longtemps, mais il y a trois ans, les membres supérieurs ont été envahis à leur tour par des douleurs fulgurantes, dont les accès se répètent aujourd'hui à des intervalles très-rapprochés. Cependant les mouvements des bras et des mains sont libres et ne présentent encore qu'à un faible degré les caractères de l'incoordination motrice. Au printemps de l'année 1865, Madame B... se plaignit un matin, à son réveil, d'une gêne assez prononcée dans les mouvements du coude gauche, lequel d'ailleurs n'était le siége d'aucune sensation pénible. Je fus fort étonné de trouver l'articulation passablement volumineuse; le gonflement s'étendait d'un côté sur l'avant-bras et de l'autre au tiers inférieur du bras. Les parties tuméfiées offraient une consistance ferme, comme lardacée; la pression des doigts n'y laissait pas d'empreinte. Le tégument externe était lisse et tout à fait exempt de rougeur. Les mouvements de pronation ou de supination, de flexion ou d'extension de l'avant-bras ne provoquaient absolument aucune sensation douloureuse. Le gonflement était survenu pendant la nuit, et il est parfaitement avéré que la veille il n'en existait pas trace. Il fut également bien établi qu'aucune circonstance extérieure, aucune influence traumatique en particulier n'est intervenue,

(1) Tirée des *Archives de physiologie normale et pathologique*, n° 1, page 162.

qui pût rendre compte de l'incident. Les choses restèrent dans le même état pendant plus d'un mois, après quoi le gonflement articulaire diminua progressivement, mais sans jamais s'effacer toutefois complétement.

Les mouvements de la jointure ont repris actuellement (mars 1867) une grande partie de leur étendue première, seulement ils s'accompagnent parfois d'un bruit de craquement assez intense. Il n'est pas inutile de faire remarquer qu'à aucune époque de sa vie, Madame B... n'a éprouvé d'accidents qu'on puisse rattacher à l'influence de la diathèse rhumatismale ou goutteuse, ou à celle de la syphilis.

IVe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — ARTHROPATHIE DU GENOU DROIT (empruntée à M. CHARCOT) (1).

La nommée L... (Louise), âgée de 56 ans, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 15 février 1867, division des incurables, salle Sainte-Cécile, n° 10. Le père de cette femme est mort à l'âge de 84 ans, sans jamais avoir été affecté de maladies graves. La mère, actuellement âgée de 79 ans, a toujours joui également d'une bonne santé; seulement elle a souffert, à une certaine époque de sa vie, de violentes migraines qui duraient chaque fois deux ou trois jours. Trois frères et quatre sœurs de la malade vivent et se portent bien; une des sœurs toutefois souffre, comme sa mère, de migraines. La maladie actuelle paraît avoir débuté vers l'âge de 48 ans. Avant cette époque, L... n'avait jamais éprouvé d'indispositions sérieuses. Elle était, comme plusieurs membres de sa famille, sujette à des accès de migraine qui chez elle avaient débuté dès l'âge de 12 ans. Ces accès revenaient tous les mois environ, ne duraient guère plus d'un jour et s'accompagnaient habituellement de vomissements. Ils ont cessé de paraître vers l'âge de 48 ans. Jamais d'habitation hu-

(1) Tirée des *Archives de physiologie normale et pathologique*, n° 1, page 164.

mide; à aucune époque de la vie il ne s'est présenté de symptômes qu'on puisse rattacher au rhumatisme articulaire ou musculaire, aigu ou chronique. Vers l'âge de 48 ans, les règles se sont dérangées, et c'est dans ce temps même que les douleurs fulgurantes ont commencé à se produire. A l'origine, ces douleurs occupaient principalement les chevilles, se présentaient sous forme d'accès durant à peine une journée et revenant à des intervalles très-éloignés. Plus tard ils se sont rapprochés, se prolongeant quelquefois pendant une huitaine de jours, et se montrant souvent assez intenses pour commander un repos à peu près absolu.

Un an environ après le début des douleurs fulgurantes, en 1860, la marche est devenue, à un moment donné, d'abord très-difficile, puis à peu près impossible, et la malade a dû entrer à l'hôpital de la Pitié où elle a été admise dans le service de M. le docteur Gendrin. Le séjour à la Pitié a été de trois mois, et au bout de ce temps, lors de la sortie, une grande amélioration s'était produite; la malade pouvait de nouveau marcher, et elle a pu même reprendre en partie ses occupations.

Les douleurs fulgurantes, cependant, n'avaient jamais cessé de paraître à des intervalles assez courts; vers le commencement de l'hiver 1865-1866, L....., après s'être agenouillée pendant une heure environ au lavoir où elle s'était rendue par extraordinaire, remarqua avec étonnement que sa jambe droite était uniformément gonflée depuis la cheville jusqu'au genou. Il n'existait pas la moindre douleur ni la moindre rougeur aux parties gonflées. Au bout de 24 heures, la tuméfaction avait gagné le genou et la partie inférieure de la cuisse ; elle était surtout prononcée au genou ; à partir de cette époque, la malade a dû garder le lit, où elle est restée confinée pendant près de trois mois. Jamais, même le premier jour, cette affection ne s'est accompagnée d'accidents généraux, de fièvre ou de troubles gastriques. La malade a continué à manger comme d'habitude. La tuméfaction était, comme on l'a dit, surtout prononcée au genou, et elle s'étendait de là à la partie inférieure de la cuisse et à la partie supérieure de la jambe. Le médecin consulté à cette époque aurait constaté à plusieurs reprises l'existence d'une

grande quantité de liquide dans la cavité articulaire. La peau était blanche, luisante; la seule rougeur qui y parut était celle que déterminait l'application prolongée des cataplasmes. Aucune douleur spontanée ou provoquée, soit par la pression exercée sur les parties gonflées, soit par les mouvements imprimés au membre. Les choses restèrent dans le même état pendant environ un mois; après quoi, il se produisit de l'amendement. Le membre était devenu moins volumineux; la malade crut, un jour, pouvoir essayer de se lever et de marcher, mais après quelques pas faits dans la chambre, le membre inférieur droit fléchit sous elle tout à coup, un craquement se fit entendre dans l'articulation du genou, et L..... tomba lourdement sur le sol, en poussant un cri. Elle crut qu'elle avait la jambe cassée. Il lui fut impossible de se relever et l'on dut la porter sur son lit.

Malgré cet accident, la tuméfaction continua à décroître, et au bout de deux mois de séjour dans le lit, elle avait à peu près complétement disparu à la cuisse et à la jambe. Seule, l'articulation du genou était restée volumineuse et était le siége de craquements aux moindres mouvements.

En mars 1866, la malade put commencer à se lever; mais en raison de la grande mobilité de l'articulation du genou, elle ne pouvait se tenir debout et marcher, tant bien que mal, que lorsque cette jointure était maintenue par un bandage fortement serré; elle entra à l'hôpital de la Pitié, où elle obtint un certificat d'affection incurable, et fut admise par suite à la Salpêtrière.

En février 1867, état actuel : la malade est habituellement confinée au lit depuis plusieurs mois; elle présente, d'ailleurs, les apparences d'une bonne santé. Elle a de l'embonpoint; les membres inférieurs ne sont nullement amaigris, le genou droit est volumineux. La rotule est là très-mobile; les ligaments articulaires sont évidemment relâchés.

Il n'existe pas de liquide dans la jointure. L'axe de la jambe est incliné en dedans et forme avec la cuisse un angle obtus, dont l'ouverture tend à se rétrécir dans la station verticale sous l'influence du poids du corps, et même dans le décubitus dorsal, lorsqu'on

imprime à la jambe un mouvement qui la porte de dehors en dedans. Quand on fait subir à l'articulation du genou des mouvements successifs d'extension et de flexion, on perçoit des craquements assez intenses tout à fait comparables à ceux qui se produisent dans l'arthrite sèche. L'extrémité inférieure de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe sont un peu empâtés, volumineux; mais les parties tuméfiées sont là dures, résistantes, sans trace d'œdème, sans rougeur. D'ailleurs pas de douleurs à la pression, non plus que par les mouvements spontanés ou provoqués. Il n'existe d'autre douleur, dans le membre inférieur droit, que les douleurs fulgurantes qui aujourd'hui encore, se reproduisent par accès, mais, à la vérité, bien moins fréquemment qu'autrefois.

Quand L... sort de son lit, elle ne peut se tenir debout — alors même que le genou droit est contenu par un bandage — qu'avec l'aide de deux personnes; et elle doit s'appuyer fortement sur les deux bras qui lui servent de soutien, lorsqu'elle veut essayer de faire quelques pas. Si, maintenue de la sorte, elle vient à fermer les yeux, elle oscille aussitôt et est menacée de s'affaisser lourdement.

Aux membres inférieurs, les sensations de contact, de pression, de température sont amoindries, mais non complétement abolies; lorsque la malade a les yeux fermés, il lui est impossible d'indiquer l'attitude qu'on a imprimée à ses membres ; elle ignore complétement le lieu qu'ils occupent dans le lit. D'ailleurs elle peut imprimer des mouvements de flexion et d'extension très-énergiques aux diverses jointures des membres inférieurs, même au genou droit, malgré les lésions dont cette articulation est le siége.

Les douleurs fulgurantes, autrefois limitées aux membres inférieurs, où elles se montraient intenses et souvent répétées, y sont, depuis quelque temps devenues plus rares et moins vives. Elles y ont été en grande partie remplacées par un sentiment de douleur et d'engourdissement presque permanent qui siége surtout aux jambes et aux pieds. Au contraire elles ont envahi récemment les parties supérieures du corps où elles siégent principalement entre les deux épaules, au niveau des fausses côtes, dans les doigts des mains, etc., etc.

Cependant, les mouvements des membres supérieurs s'opèrent régulièrement, sans incoordination. Toutefois la malade fait remarquer qu'elle laisse fréquemment tomber les objets qu'elle tient dans sa main droite.

Il n'existe pas de douleur en ceinture. La vue est légèrement affaiblie, vraisemblablement par le proprès de l'âge ; il n'y a jamais eu de diplopie. Il n'y a pas eu de troubles gastriques notables; pas de constipation. La miction s'opère lentement, mais d'ailleurs d'une manière à peu près normale.

Ve OBSERVATION

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — ARTHROPATHIE.

Fièvres intermittentes. — Chlorose — Douleurs vagues dans la tête. — Raideur des pieds. — Douleurs dans les genoux. — Faiblesse des jambes. — Douleurs fulgurantes. — Incoordination des mouvements. — Perte de la notion de position. — Affaiblissement de la vue. — Paralysie des nerfs moteurs à gauche. Douleurs dans les membres supérieurs. — Arthrite de l'épaule gauche. (Observation recueillie par M. BOURNEVILLE, communiquée par M. CHARCOT.)

Le B..., Françoise-Victorine, âgée de 49 ans, à son entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot), le 1er mai 1867.

Est née à Lorient, où elle est restée jusqu'en 1864. Son père serait mort, il y a dix-huit mois, d'une attaque apoplectique. Sa mère aurait succombé à 45 ans au moment de la ménopause. Un frère, marin, s'est noyé à 21 ans par accident; de deux sœurs, l'une est morte à l'hôpital Necker de la poitrine ; l'autre, plus âgée que notre malade, jouit d'une bonne santé. Aucun membre de la famille n'aurait eu d'attaques de nerfs.

Le B... n'aurait eu, dans l'enfance, ni gourmes, ni accidents convulsifs. Pâles couleurs à 16 ans; puis fièvres intermittentes. au début, revenant tous les deux jours, et plus tard tous les trois jours. Réglée facilement et régulièrement à 17 ans ; les règles, peu abon-

dantes, duraient trois à quatre jours, sans douleurs, et n'étaient pas précédées ou suivies de pertes blanches.

Mariée à 21 ans, elle a eu trois enfants. Un seul survit, c'est une fille âgée de 27 ans, laquelle est bien portante. A partir de son dernier accouchement, qui a été pénible, la malade a éprouvé des douleurs vagues dans la tête : « il lui semblait qu'on l'enlevait de terre ; » cette sensation lui causait des frayeurs, et lorsqu'elle sortait, lui faisait redouter des accidents. Jamais de maladie grave, jamais de rhumatisme.

A 39 ans, elle s'est aperçue que les cous-de-pied devenaient raides, ce qui rendait la marche plus difficile. Peu après sont apparues des douleurs dans les genoux et de la faiblesse dans les jambes. Bientôt, elle ne put marcher que soutenue par les bras (43 ans). Elle est alors entrée à l'hôpital Saint-Louis, d'où elle est sortie au bout de deux mois, sans amélioration. Vers cette époque sont survenues des douleurs fulgurantes. Elles se montraient par crises, traversaient les genoux, les jambes ou les cuisses « comme des éclairs. » D'un autre côté, elle ressentait dans les pieds des douleurs constrictives ; son pied lui semblait pris dans un étau ; ces deux espèces de douleurs, qui existaient aussi bien à droite qu'à gauche, disparaissaient rapidement.

D'autres fois, elle éprouvait des douleurs saisissantes, apparaissant par crises, occupant tantôt toute la jambe, tantôt la cuisse, et persistant pendant 48 heures, avec des exaspérations. A 45 ans, la marche était tout à fait impossible. En 1865, elle est étonnée en se réveillant de voir qu'elle a une chute de la paupière supérieure gauche avec strabisme externe; mais, déjà, sa vue s'était affaiblie, bien qu'elle pût lire encore sans lunettes. Elle n'avait d'ailleurs aucun autre trouble de la vision. A la même date, elle aurait perdu la notion de position des membres inférieurs. Jusqu'à son entrée à la Salpêtrière, la malade, chez elle, restait assise; elle sentait très-bien la résistance du sol, elle n'avait pas de douleurs en ceinture, mais de temps en temps, elle éprouvait dans les côtés du thorax des douleurs « comme si on lui enfonçait une côte. » Ces douleurs, qui s'effaçaient très-vite, la faisaient sauter.

Depuis cinq ans environ, la malade déclare avoir fréquemment le bout des doigts comme mort, et ne pouvoir saisir les petits objets, une épingle, par exemple. Jusqu'à son entrée à la Salpêtrière, elle se servait assez bien de ses bras. Les fonctions respiratoires et circulatoires s'accomplissaient normalement. La malade a toujours été maigre; appétit passable, constipation habituelle.

État actuel, 27 avril 1868. — Les membres inférieurs sont également amaigris. Incoordination dans les mouvements, pas de notion de position; parfois la malade est obligée de chercher ses jambes, et prend la gauche pour la droite. La force musculaire est conservée, mais un peu moins bien à gauche.

Membres inférieurs. — La sensibilité au contact léger est abolie. La sensibilité à la douleur est notablement émoussée; il ne paraît pas y avoir de retard dans la perception. Quand on la pince, la malade éprouve plutôt une sensation de chaleur que de souffrance. La sensibilité au froid est plutôt exagérée qu'affaiblie. Elle sent le chatouillement à la plante des pieds, bien que cette manœuvre ne détermine que de légers mouvements réflexes. Elle dit avoir souvent des fourmillements, avec sensation de chaleur à la plante des pieds; elle compare ces phénomènes à un bouillonnement. Les membres inférieurs affectés au même degré sont encore le siége des douleurs que nous avons mentionnées plus haut. Les crises sont quelquefois assez fortes pour la faire pleurer. La *marche* est impossible, les jambes se jettent en dehors, parfois les deux du même côté, d'autres fois elles se croisent. On ne peut réussir, même en soutenant la malade sous les deux épaules, à lui faire exécuter plus de deux ou trois pas. Elle sent le froid et la résistance du pavé. Assise, elle ne peut disposer de ses jambes pour se relever; si on la soulève pour la remettre debout, elle oublie de lâcher les bras du fauteuil.

Membres supérieurs. — La malade serre assez fortement des deux côtés, un peu plus, toutefois, à droite. Elle mange seule. Incoordination des mouvements, mais moins prononcée qu'aux membres inférieurs. La notion de position semble conservée; il en est de même de la sensibilité au contact, à la température et au chatouillement. La sensibilité à la douleur est légèrement diminuée. Pas de retard

dans la transmission des sensations. Sur le tronc, la sensibilité est normale. Incontinence d'urine, mais par moments seulement. Pour accomplir la miction, elle est obligée de faire des efforts, sans cela le jet s'arrête. A part de la constipation, les fonctions digestives s'accomplissent convenablement; la malade a cependant des picotements et des élancements à l'anus, et souvent de faux besoins d'aller à la selle. — Rien du côté des poumons et du cœur. Parfois des bouffées de chaleur à la face. Elle sue un peu des mains et des aisselles. L'ouïe, conservée à droite, est affaiblie à gauche ; bourdonnements dans les oreilles, venant à des intervalles plus éloignés qu'autrefois. Le goût et l'odorat sont intacts.

La vue est affaiblie, plus à gauche qu'à droite ; à gauche, strabisme externe, chute de la paupière supérieure que la malade peut néanmoins relever. La pupille droite est légèrement dilatée, la gauche normale ; toutes les deux sont peu contractiles. Larmoiement, surtout à gauche, quand la malade lit pendant quelque temps. Parfois diplopie ; pas d'autre trouble de la vision. — Point de céphalalgie. Intelligence nette ; le caractère n'a pas subi de modification notable.

9 juin 1868. — Au commencement du mois, la malade a éprouvé pendant plusieurs jours des douleurs lancinantes dans l'avant-bras gauche. Puis un matin, en se réveillant, elle s'est aperçue que tout le membre supérieur, depuis le poignet jusqu'à l'épaule, était considérablement *tuméfié* ; la peau était « rouge comme bronzée. » Au bout de trois jours le gonflement a disparu à l'avant-bras et au bras, et l'épaule seule est restée volumineuse. En appuyant la main sur cette articulation et en faisant exécuter des mouvements au bras, on perçoit des craquements.

18 juin 1868. — Il existe à la partie antérieure de l'épaule et au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule une tumeur du volume d'une orange offrant de la fluctuation et paraissant due à une distension de la synoviale. Les craquements persistent.

1er juillet 1868. — L'épaule gauche est toujours volumineuse. La peau est normale ; quelques veines sous-cutanées sont légèrement dilatées. La saillie antérieure est la même. En arrière, il y a

un peu d'empâtement, des craquements, pas de douleurs, rien dans le coude ni dans le poignet à gauche, ni dans les jointures du bras droit.

Remarque. — L'arthropathie s'est montrée à l'épaule gauche, c'est-à-dire, du côté où les symptômes de l'ataxie locomotrice étaient les plus accusés. De plus, cette affection articulaire envahissant le bras n'a apparu que lorsque les troubles habituels de l'affection ataxique s'étaient déjà manifestés dans les membres supérieurs.

VIe OBSERVATION.

Arthropathie liée a l'ataxie locomotrice progressive. (Observation recueillie dans le service de M. Viardin par M. Raoul Hervey, externe des hôpitaux.)

Le nommé P..... (Eugène), employé, âgé de 35 ans, célibataire, est entré à l'Hôtel-Dieu de Troyes (1), le 9 septembre 1867, salle des hommes, n° 33.

Son père, âgé de 66 ans, jouit d'une bonne santé; sa mère est morte à 57 ans de la dyssenterie; sa sœur est bien portante, elle a eu trois enfants qui tous ont succombé : l'aîné à 11 ans, le second à 7 ans, de la même affection que sa grand'mère; le dernier à 2 ans.

Jusqu'à 10 ou 12 ans, P..... était faible, il éprouvait souvent des étourdissements « des dernitures. » La petite vérole, la rougeole, une fièvre typhoïde à 12 ans, tel est le tribut qu'il paya à la maladie pendant cette période; il n'avait pas été vacciné, sa petite vérole fut discrète et bénigne; son visage n'offre que quelques cicatrices à peine apparentes.

Le logement qu'il habitait chez son père était très-humide, voisin de la Seine, où il prenait encore à tout propos des bains partiels ou complets.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 19 mars 1868.

A 20 ans, il est réformé pour faiblesse de constitution. Il se rend alors à Paris, où il habite un troisième étage aux Batignolles; mais, en sa qualité d'employé à l'octroi, il est souvent mouillé, il a presque toujours les pieds refroidis. Pour parer à ces inconvénients, il accomplit consciencieusement ses fonctions, et les tonneaux de vin blanc sont, de sa part, l'objet de scrupuleuses et trop nombreuses vérifications; l'absinthe est aussi de son goût; enfin au chapitre de ses excès il faut encore signaler plusieurs chaudepisses et la vérole. Il les soigna, sans doute, fort mal; une exostose volumineuse de l'extrémité supérieure du fémur droit, une miction lente, un jet d'urine petit, en sont les témoignages actuels. Il aurait eu à 21 ans une seconde fièvre typhoïde?

On s'est assuré que le malade n'a jamais éprouvé d'atteintes de rhumatisme articulaire, soit aigu, soit chronique.

P..... fut encore employé dans une fabrique de produits chimiques pour la photographie; là, il s'aperçût que ses mains tremblaient, et n'en continua pas moins ses excès alcooliques qu'il reconnaît cependant en être la cause évidente.

En 1863-1864, à 30 ans, P..... éprouve des étourdissements; s'aperçoit que sa vue devient faible, et les objets lui semblent tout jaunes; en même temps se manifeste une déviation en dedans de l'œil gauche et une dilatation notable de la pupille du même côté. Puis la vue s'affaiblit de plus en plus, tellement, que bientôt c'est à peine s'il voit pour se conduire; il revient alors chez son père où il habite de nouveau le logement humide et malsain de Saint-Julien.

Après cinq ou six mois de séjour dans son pays, la vue revint un peu, et P..... put prendre une place d'employé aux écritures. Dans le bureau où il écrivait, il recevait un courant d'air dans les jambes, et c'est à cela qu'il rapporte une première attaque de douleurs fulgurantes pour laquelle il reçut les soins du docteur Vauthier. Ces douleurs n'ont pas eu de siége particulier, et semblent avoir occupé tout le corps. Elles le retinrent au lit deux ou trois jours, puis il recommença à faire des écritures.

A Noël 1865, il se levait la nuit pour faire réveillon, quand, en mettant ses pieds à terre, il sentit que son pied gauche était le siége

de fourmillements, « comme lorsqu'on est resté trop longtemps les genoux croisés. » Il lui sembla que son pied gauche était froid et volumineux; quand il voulut marcher, il crut que son pied se posait sur du coton, et ayant porté la main, il s'aperçut qu'il ne sentait pas les pincements.

Dans la nuit, cette sensation d'engourdissement s'étendit peu à peu au genou gauche, puis au membre inférieur gauche entier; enfin à toute la partie latérale gauche du tronc. Le malade ressentait dans toutes ces parties des fourmillements, « comme quand on a gardé quelque temps une fausse position. » Jamais il n'a éprouvé de douleur en ceinture, ni de rachialgie.

Néanmoins il pouvait encore retourner chaque soir de Troyes à Saint-Julien (5 kilomètres), mais lorsqu'il marchait, il ne sentait pas sur quoi il posait ses jambes, il lançait ses jambes en avant. Lorsqu'il descendait de son lit, il ne sentait pas quand son pied arrivait à terre. En même temps le malade s'apercevait d'une sorte d'engourdissement dans les deux derniers doigts de chaque main, trouble qu'il rapporte au courant d'air et au contact permanent de ces doigts sur le papier. Tels sont les symptômes qu'il remarqua jusque vers le milieu de l'année 1866.

A cette époque, il retournait encore chaque soir chez son père, à Saint-Julien, quand, dans l'espace d'une nuit, sans qu'il se fût fatigué plus que de coutume, sans qu'il eût reçu de coup dans cette région, le *genou gauche devint le siége d'une tuméfaction* considérable, tuméfaction qui ne s'accompagna d'aucune rougeur, d'aucune douleur. Aussi n'appela-t-il aucun médecin, se contentant de faire sur le genou des frictions avec l'alcool camphré.

Ce gonflement du genou ne l'arrêta pas; mais il remarqua que quand il marchait un peu plus, quand il se fatiguait, le genou devenait plus volumineux et sa marche plus embarrassée.

Ces phénomènes ne disparurent jamais complétement, et au mois de juillet 1867 le malade commença à y sentir des craquements pendant les mouvements de flexion et d'extension.

Dans l'intervalle qui sépara l'apparition de l'arthropathie du genou gauche et celle des craquements dans cette jointure, le malade

éprouva trois attaques de douleurs fulgurantes, sans compter des douleurs de même nature, mais moins violentes, qui survenaient aux changements de temps. Celles-ci occupaient tantôt la cuisse, tantôt le genou, les épaules ou les chevilles.

Depuis sept ou huit mois, le malade a remarqué que ses garde-robes devenaient rares. Enfin, depuis l'an dernier, il a noté qu'il était devenu très-impressionnable par l'eau froide; ayant voulu prendre un bain froid, il fut tellement saisi qu'il faillit se noyer.

C'est l'aggravation des troubles de la marche, l'arthropathie du genou gauche qui le font entrer à l'Hôtel-Dieu.

État actuel. Décembre 1867. — Le strabisme de l'œil gauche est très-prononcé; aussi quand on fait fixer un objet au malade, cet œil suit-il difficilement tous les mouvements qni le portent en dehors; il n'en est plus de même quand on fait préalablement fermer l'œil droit; en tous cas le strabisme convergent se produit aussitôt la fin de l'expérience. La pupille gauche est très-dilatée; celle de l'œil droit est normale. Le malade peut lire, mais, au bout d'un quart d'heure, sa vue se trouble; si alors il ferme les yeux et les repose ainsi quelques instants, il peut reprendre sa lecture; le malade dit qu'il ne pourrait pas lire de l'œil gauche, qu'il voit tout jaune avec cet œil-là, que l'œil droit seul est très-bon. L'examen ophthalmoscopique, fait par M. le docteur E. Viardin fils, n'indique pas de grandes différences entre les deux yeux. Des deux côtés la pupille a un aspect blanchâtre, et les vaisseaux semblent disparaître avant leur point de convergence; la seule différence appréciable serait une sorte de cercle noirâtre autour de la pupille du côté gauche, ce qui la ferait paraître un peu déprimée. Le gonflement du genou gauche a beaucoup diminué, au dire du malade; néanmoins, il persiste encore, surtout à la partie interne de l'articulation, et l'excès de volume est rendu plus frappant par la comparaison des deux genoux; en outre, quand on fait exécuter des mouvements à l'articulation, on sent et on entend des craquements manifestes.

Le membre inférieur gauche est peut-être moins gros que le droit; le malade a remarqué ce fait depuis quatre ou cinq mois.

Quand on fait marcher le malade, on est frappé de la manière don il projette ses jambes en avant ; le fait est plus remarquable encore à mesure que le jour décline, et la marche est presque impossible, une fois la nuit arrivée. Si on l'engage à marcher droit devant lui vers un point déterminé, on remarque qu'il dévie d'un côté ou de l'autre, et si, pendant qu'il s'avance ainsi, on lui ordonne brusquement de se retourner, il ne peut le faire sans compromettre son équilibre. Lui fait-on fermer les yeux, pendant qu'il marche, il chance l bientôt et tomberait certainement s'il n'était soutenu.

Les douleurs fulgurantes n'apparaissent qu'avec les variations de température ; encore sont-elles bien moins intenses qu'autrefois ; mais en revanche, la marche est beaucoup plus difficile.

Le malade étant couché, les yeux étant fermés, on constate qu'il a perdu la notion de position ; ainsi, quand on lui ordonne de prendre son pied gauche, par exemple, il se trompe ou il ne va pas le chercher là où on l'a placé. Le chatouillement n'est pas perçu à la plante du pied gauche, tandis qu'à droite il l'est parfaitement; il semble même qu'à gauche le chatouillement produit un mouvement réflexe? Il n'y a rien de semblable à droite.

Quand on presse progressivement sur le tibia du côté gauche, le malade ne peut pas dire ce qu'on lui fait; à droite il en rend compte au moindre contact.

Le pincement est bien perçu des deux côtés, mais sans douleur alors même qu'il est très-énergique.

La notion de température est intacte.

Si, le membre inférieur gauche étant fléchi, on engage le malade à empêcher l'extension, on ne peut y arriver, quelque effort qu'on emploie. Il en est de même à droite. Si, au contraire, on l'engage à résister à la flexion, le membre étant préalablement étendu, on peut fléchir à gauche, mais on n'y parvient pas à droite.

Aux membres supérieurs, le malade se plaint d'engourdissements dans l'annulaire et le petit doigt de chaque main ; il sent bien quand on le pince à ce niveau.

Si on lui ordonne, après avoir fermé les yeux, de porter son indicateur sur son nez, il hésite, surtout quand il le fait avec la main gauche.

Quant à l'état général, il est excellent, bon appétit, digestion naturelle, etc.

Le malade ne va à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours ; quelquefois les selles se font attendre huit jours.

VIIe OBSERVATION

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — ARTHROPATHIE DU GENOU GAUCHE (communiquée par M. BOUCHARD.)

Gougeot Célestine, veuve Tranchard, âgée de 42 ans, demeurant à Paris, est admise dans le service de clinique médicale de M. le professeur Béhier (hôpital de la Pitié), salle Saint-Charles, n° 36, le 3 septembre 1867.

Cette femme, qui entre à l'hôpital pour une ataxie locomotrice confirmée, ne présente aucune disposition héréditaire, soit à son affection de la moelle, soit à la maladie articulaire qui l'a compliquée. Son père, âgé de 92 ans, est encore bien portant. Sa mère est morte, paraît-il, à la suite de mauvais traitements. La malade a six frères ou sœurs bien portants ; une des sœurs, cependant, a eu des douleurs à l'âge de 18 ans, c'est tout ce qu'on peut savoir.

Célestine Gougeot ne se rappelle pas avoir eu de maladies dans son enfance, si ce n'est la gale, à l'âge de douze ans. Elle a été réglée à 13 ans 1/2, et depuis l'écoulement s'est produit régulièrement sans causer d'accidents. La malade s'est mariée à 30 ans. Elle était bien portante à cette époque. Bientôt elle devient enceinte, mais elle fait une fausse couche suivie d'une métrorrhagie assez abondante, et, un mois après la cessation de l'hémorrhagie, elle éprouve des faiblesses dans les jambes, faiblesses qui ont persisté depuis et qui paraissent se rattacher à la maladie actuelle. A partir de cette époque la malade eut deux nouvelles grossesses qui arrivèrent à terme, la dernière à l'âge de 34 ans. Les enfants moururent dans les premiers jours qui suivirent la naissance.

Pendant six ans la malade resta sujette à ces faiblesses des jambes, sans qu'aucun autre symptôme vînt s'y ajouter. La démarche n'était pas modifiée, mais quelquefois en marchant il lui arrivait de tomber

à genoux. Ces chutes arrivaient surtout à certaines époques, surtout aux périodes menstruelles. Quand elle avait beaucoup marché, elle était prise d'un tremblement dans les jambes, qui durait quelques instants. Les grossesses ne modifièrent en rien cet état ; elles rendaient seulement les chutes plus fréquentes.

A partir du moment où ces faiblesses s'étaient développées, la malade avait eu une notable exaltation des fonctions génitales. Les appétits vénériens étaient surexcités ; elle exigeait des coïts fréquents, même pendant le jour.

Jusqu'à l'âge de 36 ans cette femme n'avait ressenti aucune douleur, aucune sensation anormale, aucun trouble de la vue. A cette époque elle fut prise tout à coup, au commencement de l'été, de douleurs violentes, lancinantes, qui, partant des mollets, s'étendaient jusqu'au bout des orteils. Elle ne ressentait rien ni aux cuisses, ni aux lombes, ni autour de l'abdomen. Elle resta alitée un seul jour, et le lendemain les douleurs avaient cessé. A partir de cette époque, l'anaphrodisie remplaça l'excitation génitale, le coït n'excitait plus aucune sensation spéciale.

Dix-huit mois après le premier accès douloureux, elle fut prise, au commencement de l'hiver, de nouveaux élancements qui avaient le même siége et les mêmes caractères que ceux de la première crise. Les douleurs se reproduisirent fréquemment depuis ce moment ; elles duraient de un à six jours, puis se dissipaient et revenaient quinze jours après.

En même temps que les douleurs se développaient, la faiblesse augmentait, les chutes devenaient plus fréquentes; de plus, la marche était gênée ; la malade lançait ses jambes, ses mouvements devenaient irréguliers; à chaque instant elle avait peur de tomber, et les tremblements que la fatigue déterminait auparavant, survenaient avec plus d'intensité après un moindre exercice. Elle tombait très-fréquemment quand elle était dans l'obscurité, et elle redoutait tant ces chutes qu'elle ne sortait jamais le soir, à moins que quelqu'un ne lui donnât le bras.

Bientôt la malade devint sujette aux maux de tête qui avaient aussi le caractère lancinant et revenaient par accès. Ces douleurs

siégeaient principalement sur le trajet du nerf sus-orbitaire du côté gauche. Une fois elles furent calmées par une saignée. Rien ne se manifestait du côté des yeux, mais des bourdonnements d'oreilles s'étaient développés peu de temps après le début des douleurs.

Pendant tout ce temps, pas plus qu'avant, la malade ne présenta jamais aucun symptôme qui pût être rapporté au rhumatisme ou à l'hystérie. Les règles étaient normales, duraient deux ou trois jours, sans douleurs et ne paraissaient pas exercer une influence notable sur les symptômes de la maladie. Il ne survint aucune maladie intercurrente.

Cet état se modifia peu pendant cinq ans, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 41 ans.

A cette époque, un matin, sans cause appréciable, la malade ressent un craquement dans le genou gauche, elle sort, se rend au marché, mais en revenant elle souffre dans l'articulation fémoro-tibiale gauche. Arrivée chez elle, elle trouve son genou très-gros et rouge. Un médecin appelé immédiatement fait appliquer des sangsues. Le lendemain la malade se lève, mais le genou, quoique moins rouge, est encore douloureux et le gonflement s'est étendu à la jambe et au pied. Ce gonflement de la partie inférieure du membre ne s'accompagne ni de douleur ni de rougeur. Cette tuméfaction de la jambe dura seulement quelques jours, mais la douleur persista dans le genou pendant un mois et demi ; et cette jointure, à partir de ce moment, a toujours été un peu plus grosse qu'à l'état normal et a toujours fait ressentir à la malade des craquements pendant les mouvements.

Très-peu de temps après la cessation des douleurs du genou, la marche, déjà très-gênée, devint impossible, les accès lancinants allèrent en diminuant et disparurent totalement après huit mois.

Actuellement la malade reste constamment alitée, elle ne peut plus marcher et ne peut même plus se tenir debout. Quand, étant couchée, on lui demande d'exécuter certains mouvements avec les jambes, elle y parvient non sans quelque peine et en hésitant. Si on lui ferme les yeux, elle exécute encore les mouvements commandés mais avec une indécision beaucoup plus grande. Si, les yeux étant toujours

clos, on soulève une des jambes et qu'on lui dise de toucher son pied avec la main elle le cherche très-longtemps avant de le trouver: elle a perdu la notion de position. Les mouvements simples ne peuvent être empêchés qu'avec un certain effort de la part de l'observateur; cependant la force motrice est assez notablement diminuée. Quand on fait marcher la malade, en la soutenant sous les aisselles, elle a la démarche de l'ataxie et lance la jambe d'une façon caractéristique. Si alors on lui ferme les yeux elle titube et croit qu'elle va tomber.

La sensibilité tactile est assez bien conservée.

La sensibilité douloureuse, telle qu'on peut l'éveiller par le pincement, est conservée aussi mais affaiblie; de plus elle est retardée et il se passe un temps très-appréciable entre l'excitation et la sensation perçue. Les sensations de température sont aussi conservées et déterminent des mouvements réflexes. Ces derniers, provoqués par le chatouillement de la plante des pieds, sont peu énergiques. La sensation de la pression est presque nulle, elle n'est perçue que comme contact.

La malade n'éprouve pas de sensations anormales. De temps à autre cependant elle ressent encore quelques élancements douloureux dans les jambes; et, depuis quelque temps, elle se plaint de douleurs en ceinture.

Les maux de tête ont diminué beaucoup, mais la malade éprouve depuis peu des éblouissements avec sensation d'éclair. L'examen ophthalmoscopique fait par M. Galezowsky dénote un certain degré de congestion rétinienne. Il n'y a d'ailleurs ni amaurose, ni diplopie, ni strabisme.

L'anaphrodisie persiste; mais quelquefois elle en rêve, elle éprouve des sensations voluptueuses que les excitations directes sont impuissantes à produire.

La santé de cette femme est assez bonne, elle n'est pas amaigrie, les jambes cependant paraissent avoir diminué de volume, mais elles n'offrent ni raideur ni flacidité exagérée. Les digestions sont un peu pénibles. Rien à noter aux membres supérieurs.

Le genou gauche est un peu plus volumineux que le droit. Il

n'est pas douloureux. Les mouvements volontaires ou communiqués sont un peu plus limités qu'à droite et font percevoir à la malade ou à la main de l'observateur une sensation de craquement. Les rebords des parties latérales des condyles fémoraux présentent des bourrelets osseux manifestes.

Aucune autre jointure n'a été affectée. Rien au cœur.

Remarque. — Ces sensations voluptueuses mentionnées dans cette observation ne sont pas rares. Dans plusieurs cas elles ont été remarquées chez des femmes ataxiques. Assurément, il y a une analogie entre ces sensations et les érections généralement observées chez les hommes ataxiques.

Dans les différentes observations que nous avons réunies, nous voyons chez tous les malades les symptômes de l'ataxie locomotrice progressive parfaitement accusés.

Le premier caractère qui nous a frappé chez ces malades au sujet de l'affection articulaire, c'est l'absence de douleur et de toute cause antérieure à laquelle l'affection puisse être rattachée. L'arthropathie chez eux a occupé aussi bien le genou droit que le gauche ; dans deux de nos cas, elle a siégé dans l'un sur le coude gauche et dans l'autre sur l'épaule gauche. Toutes les fois elle a débuté subitement et presque toujours à une époque bien déterminée du cours de l'ataxie locomotrice progressive. « Celle-ci, en effet, comme le dit M. Charcot, bien qu'elle fût depuis long-

temps établie, n'avait pas cependant dépassé les premières phases de son évolution, lors du développement de l'arthropathie, du moins dans le membre auquel appartenait la jointure affectée. Ainsi les accès de douleurs fulgurantes prédominaient ou constituaient même à peu près seuls tout l'appareil symptomatique. L'incoordination motrice était récente, et parfois encore à peine accusée. »

Sans cause connue, tout le membre est envahi par un gonflement plus ou moins considérable, gonflement qu'on ne rencontre pas d'ordinaire dans le rhumatisme, et qui disparaît rapidement pour ne persister qu'au niveau d'une des jointures du membre affecté. La fièvre, la rougeur, la douleur, dans nos observations ont fait défaut, cependant nous constatons ces symptômes dans l'observation que nous a communiquée M. Bouchard ; mais ils ont promptement disparu. Peut-être y aurait-il lieu d'établir, relativement à cette espèce d'accident, deux variétés : l'une, rare puisque nous ne connaissons qu'un seul cas (celui de M. Bouchard) ; l'autre, beaucoup plus commune, et n'ayant jamais pour cortége les symptômes inflammatoires.

D'après les différents phénomènes qui caractérisent la deuxième variété, nous remarquons que chez les ataxiques les arthropathies se présentent d'une manière particulière, toujours dans les mêmes conditions et lorsque l'ataxie locomotrice progressive est déjà déclarée, ce qui nous fait penser qu'elles sont consécutives à l'altération de la moelle. Outre l'absence des phénomènes inflammatoires, nous devons insister sur le début

subit, sur l'apparition d'un gonflement envahissant tout le membre ou tout un segment du membre, avant la localisation de l'arthropathie.

M. Charcot ajoute qu'il incline même à croire que ces lésions sont subordonnées à la lésion de la moelle, pour ainsi dire, à titre de conséquence plus ou moins directe, et sous la dépendance d'un trouble de la nutrition. A ce sujet, dans les *Archives de physiologie normale et pathologique* (n° 1, page 173) on trouve le fait suivant auquel nous ajouterons un autre cas mentionné par Gull (*Voir* Obs. IX).

VIIIe OBSERVATION.

AFFECTION TRAUMATIQUE DE LA MOELLE. — ARTHROPATHIE CONSÉCUTIVE.

En 1850, pendant une émeute, un homme reçut dans le dos un coup d'épée entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale, à trois centimètres et à droite de la ligne médiane. Le trajet de la plaie était oblique de droite à gauche et légèrement dirigé de bas en haut. Le premier jour, on observa une paralysie motrice complète des deux membres inférieurs de la vessie et du rectum. A gauche, la sensibilité du membre abdominal était évidemment exagérée ; à droite, au contraire, elle était très-obtuse. Douze jours après l'événement, on put constater « une augmentation de la cuisse gauche ; » il y avait en même temps, « dans l'articulation du genou correspondant, une accumulation de liquide assez considérable pour éloigner la rotule des condyles de plus d'un centimètre. » La partie postérieure du membre était surtout infiltrée. Le treizième jour, on remarqua sur la fesse droite une « eschare » assez profonde pour intéresser une bonne partie du derme. La paraplégie ne fut que temporaire ; le mouvement reparut à droite, assez rapidement, et beaucoup plus tard à gauche. A en juger d'après les symptômes, la blessure avait dû intéresser la totalité du cordon postérieur et du

cordon latéral de la moelle du côté gauche, et la presque totalité, sinon la totalité, de la substance grise du même côté.

Remarque. — Comme on peut le voir dans cette observation, l'affection articulaire consécutive à une blessure de la moelle a beaucoup d'analogie avec les arthropathies observées chez les ataxiques. A quoi, en effet, attribuer l'éclosion si prompte de ces accidents articulaires, si ce n'est à une perversion de la nutrition ?

IXe OBSERVATION.

TUMEUR TUBERCULEUSE DE LA MOELLE. — ARTHROPATHIE.

Perte progressive de la force musculaire dans le bras droit, puis dans le gauche. — Deux mois et demi plus tard, paralysie partielle des membres inférieurs. — Respiration diaphragmatique. — Vomissements fréquents. — Pouls rapide et faible. — Mort par épuisement après sept mois. — Tubercule strumeux dans la moitié inférieure du renflement cervical de la moelle épinière. (Gull, *Cases of paraplegia*, case 32, *in Guy's hosp. Reports*, 1858, 3e série, p. 206.)

Élisabeth W..., à l'âge de 8 mois, perdit graduellement l'usage du bras droit ; au bout de quinze mois, le gauche s'affaiblit de la même façon. Elle entra dans mon service, à l'hôpital de Guy, l 13 avril 1857, alors que la paralysie datait de deux mois. Les bras paralysés pendaient flasques et inertes.

La tête était rétractée entre les épaules, le cou raide. Les membres inférieurs étaient faibles, mais pouvaient être remués volontairement. Le système musculaire était généralement affaibli, mais surtout aux bras. La peau était constamment chaude et transpirait librement. Parfois, vomissements. Le pouls, rapide, était très-faible. Une tumeur strumeuse, du volume d'une petite noix, existait sur la peau du bras droit. Du côté du père, il y avait des antécédents scrofuleux.

Le diagnostic : un dépôt tuberculeux dans la portion cervicale de la moelle ou à sa périphérie. Dans la première moitié de mai, le genou droit devint le siége d'un épanchement dans la membrane synoviale, et à partir de cette date, les membres inférieurs devinrent partiellement paralysés; dans ces derniers, on remarquait des contractions spasmodiques fréquentes, plus marquées dans le membre droit qui était le plus faible. En juin, la respiration était précipitée et diaphragmatique; les vomissements fréquents; la déglutition difficile. Durant juin et juillet, une diarrhée continue, une grande chaleur de la peau, des sueurs profuses, des urines ammoniacales. Le pouls est à 140 et la respiration à 40. Les muscles longs du cou s'atrophièrent; les épaules furent élevées par les muscles de l'omoplate. Il y avait encore à ce moment des traces de mouvement volontaire dans les membres inférieurs. La mort arriva le 12 septembre par épuisement.

Autopsie. — La portion cervicale de la moelle épinière fut seule examinée; le tissu environnant était sain; la moelle, dans la moitié inférieure du renflement cervical, en face de l'origine des sixième et septième nerfs cervicaux, paraissait élargie. Cet agrandissement était dû à la présence d'une tumeur strumeuse qui, à cette partie, avait causé une absorption complète du tissu propre de la moelle; cette formation paraissait avoir eu son origine dans les colonnes postérieures et postéro-latérales droites, d'où elle s'étendait, par dépôts successifs, jusqu'à ce que la moelle fût graduellement détruite; il ne restait que de légères traces des colonnes antérieures où le tubercule était très-large. La partie principale de la tumeur, du centre à l'intérieur était opaque, friable, jaune; elle consistait en granules, nucléoles dégénérés, cellules et graisse. Cette partie opaque était entourée par une couche transparente de plus récente formation, consistant en granules, nucléoles et fibres-cellules imparfaites avec des globules graisseux non libres. Au-dessus du tubercule, les deux feuillets de l'arachnoïde étaient solidement adhérents. Juste au-dessous du tubercule, la substance de la moelle était si molle qu'elle ne conservait plus sa forme lorsqu'elle n'était pas soutenue par les membranes.

Remarque. Dans ce cas, nous pensons que la lésion articulaire est sous la dépendance *immédiate* de l'affection spinale, laquelle a donné lieu à un affaiblissement profond de l'organisme. Invoquer le rhumatisme nous semblerait aventureux. Outre que cette maladie est extrêmement rare à cette époque de la vie, elle ne se manifeste pas d'une semblable manière.

Les deux observations qui précèdent, d'autres rapportées sommairement par M. Charcot (1) montrent que, dans les lésions traumatiques ou spontanées de la moelle, on voit apparaître, plus souvent qu'on ne se le figure habituellement, des accidents qu'aucune autre hypothèse que celle d'un trouble de la nutrition ne pourrait expliquer.

Il doit en être pour les arthropathies de même que pour les eschares, les cystites, etc, qui naissent à la suite des lésions de l'axe nerveux rachidien. Pour les eschares, le repos prolongé ne peut être invoqué puisque, dans certaines circonstances, elles apparaissent dès les premiers jours. Bien plus, alors qu'il qu'il n'y a sur la peau qu'une petite tache ecchymotique, fréquemment dans les couches musculaires profondes, il existe déjà des altérations. Même chose pour la cystite qui, apparaissant peu de jours après le début de la maladie de la moelle, ne peut être attribuée à la

(1) Voir B. Brodie, dans le *Journal de physiologie*, de Brown-Séquard, t. II, n° 5, p. 114.—Jeffrey's, *London, Med. and surg. Journal*, 1826, juillet, et Ollivier (d'Angers), *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. I, p. 317. Paris, 1837; — Colling, dans Ollivier (d'Angers), *loc. cit.*

rétention d'urine. Nous concluons donc que les arthropathies, dont nous venons de parler, ont pour origine une perversion de la nutrition dépendant elle-même de la lésion spinale.

CRISES GASTRIQUES

Dans certains cas d'ataxie locomotrice progressive, on voit apparaître des troubles de l'appareil digestif qui, malgré leur importance, n'ont pas suffisamment attiré l'attention des observateurs. Les documents que nous avons à cet égard, comparés à ceux que nous possédons sur d'autres points de la maladie, sont très-pauvres. Rien ou à peu près rien dans les ouvrages classiques, ni dans les monographies. M. Topinard, à propos des phénomènes qui se montrent du côté des voies digestives dans l'ataxie locomotrice, s'exprime ainsi: « La nutrition se fait bien, les fonctions digestives sont régulières, l'appétit est bon. Plusieurs fois, les vomissements ont été mentionnés *sous forme d'attaque* au début, vers la fin, ou çà et là dans le cours de la maladie. Il n'y a pas à douter qu'ils ne soient liés directement, sinon à l'altération chronique de la moelle, du moins à une congestion aiguë actuelle de cet organe. Ils surviennent de même dans les myélites aiguës et dans quelques myélites chroniques communes; d'autres fois ils répondent à une poussée morbide vers l'encéphale. *Cependant, les vomissements ne doivent pas être regardés comme un symptôme de la maladie qui nous occupe, mais comme une complication* (1). »

(1) Topinard, *Ataxie locomotrice*, 1864, p. 273.

La conclusion de l'auteur est formelle : les troubles gastriques ne sont qu'une complication. Aussi, doit-on considérer la thèse de M. Delamarre (1) comme le premier travail spécial sur ce sujet. Il rapporte deux observations ayant trait à des hommes âgés, l'un de 40 ans, l'autre de 42. De plus, il indique sommairement 11 cas, dans lesquels se sont montrés des troubles gastriques.

M. Duchenne (de Boulogne) a signalé ces phénomènes en passant dans son travail relatif aux symptômes oculo-pupillaires de l'ataxie. Il nous a dit les avoir constatés chez sept ou huit malades. On trouvera plus loin une observation qu'il a bien voulu nous communiquer (obs. XI).

Dans l'article : « Ataxie locomotrice progressive, » du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Axenfeld s'exprime de la façon suivante : « L'appareil digestif, à l'exception des vomissements qui surviennent par accès chez certains malades et de la constipation déjà mentionnée, continue à fonctionner normalement. »

Viennent ensuite une observation consignée dans un mémoire de M. Vulpian, observation que nous donnons plus loin, puis un autre fait rapporté tout au long par M. Charcot, dans son travail sur les arthropathies (*loc. cit.*, page 163). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un homme de 35 ans, chez lequel les symptômes gastriques s'étaient déclarés à peu près à la même époque que les douleurs fulgurantes. Ils consistaient en un gonflement de l'épigastre après le repas, en accès de cardialgie, et

(1) Delamarre, *Des troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice progressive*. Thèse. — Paris 1866.

enfin en vomissements fréquemment répétés. Plusieurs fois le malade a remarqué que les exacerbations des douleurs fulgurantes correspondent aux exacerbations des accidents cardialgiques.

Ces troubles s'annoncent généralement par des palpitations, des douleurs fulgurantes à la région précordiale, une sensation de tumeur à l'estomac et un gonflement abdominal. Un ou deux jours plus tard, le malade est pris de hoquet, de nausées; alors surviennent des vomissements réitérés (composés d'aliments, de bile et d'une matière incolore, mêlés de sang) qui ne s'effectuent qu'après de douloureux et pénibles efforts. Au bout de quelques jours, on constate une diarrhée abondante qui dure un ou deux jours. Pendant toute la durée de ces crises, le malade est en proie à des éblouissements, à des douleurs fulgurantes intolérables, profondes, qui parfois partent du pubis et remontent jusqu'à la région épigastrique. Les douleurs fulgurantes qui siégent dans les membres, deviennent plus fréquentes et plus violentes. Souvent chez les femmes ces crises sont suivies de pertes utérines assez intenses.

Ces crises peuvent marquer le début de la maladie, mais le plus souvent elles apparaissent à une époque plus ou moins avancée, lorsqu'elle est déjà bien établie.

Xe OBSERVATION

ATAXIE LOCOMOTRICE

Pertes utérines. — Vomissements abondants. — Aggravation des phénomènes ataxiques.—Retour, à des intervalles plus ou moins longs, des troubles gastriques : caractères de ces crises. (Observation recueillie par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux, communiquée par M. J. CHARCOT.)

Mén... Marie, 46 ans, courtière en bijoux, née à Saint-Germain-de-Vaux (Manche), est entrée le 4 juillet 1865 à la Salpêtrière, salle Cécile, 6, service de M. Charcot.

Cette malade venait de l'hôpital Saint-Antoine, où elle était restée neuf mois dans le service de notre excellent maître, M. Axenfeld, où, en 1864, nous avons recueilli les détails qui suivent.

Antécédents. — Pas d'accidents scrofuleux, ni convulsifs, dans l'enfance; varioloïde à 7 ans. Réglée à 10 ans, sans autres phénomènes que quelques douleurs et de la fatigue dans les membres inférieurs. La menstruation, dès le début, a été régulière, et ne s'accompagnait d'aucune souffrance dans le ventre ou la région lombaire, mais quelquefois la malade avait de la céphalalgie. — Mariée à 18 ans, elle a eu deux enfants qui sont morts de convulsions et une fausse couche à la suite d'une chute. Le premier accouchement a été laborieux, on a été obligé d'avoir recours au forceps; les autres ont été faciles. Les grossesses, d'ailleurs, n'avaient rien offert de particulier. Venue à Paris à l'âge de 27 ans, sa santé, à ce moment, était excellente. Elle fait remonter le début de sa maladie à 39 ans environ. Elle éprouvait alors, de temps en temps, des fourmillements dans les pieds; plus tard elle s'imaginait avoir sous les pieds quelque chose qui l'empêchait de sentir le sol et souvent lui faisait craindre de tomber. Progressivement la marche devint de plus en plus difficile. A part les migraines, apparaissant au moment des règles, Mén...

n'avait jamais fait de maladies, lorsqu'en 1862 elle eut une première perte utérine. Elle resta tranquille jusqu'en novembre 1863, époque où elle entra à l'hôpital de La Riboisière (service de M. Duplay) pour une nouvelle hémorrhagie. Au bout de six semaines elle quitta l'hôpital, craignant d'y mourir. Le jour même de son départ, redoutant de ne pouvoir s'en aller, elle fut prise d'une attaque de nerfs : cris, perte de connaissance, oppression. Deux jours plus tard, seconde crise. Rentrée chez elle, elle eut, en février et mars 1864, des vomissements presque continuels, alternant avec des pertes sanguines. Jusqu'alors elle n'avait jamais eu de vomissements, si ce n'est, quelquefois, avec ses migraines, mais ils n'étaient en rien comparables avec ce qu'elle ressent maintenant. Elle ne rendait que « des eaux. » Les accidents nerveux augmentèrent dans cette période (1862-1864) et auraient offert des rémissions et des exacerbations. Ainsi, elle put se rendre à pied à La Riboisière, et pour revenir à son domicile elle fut contrainte de prendre une voiture. En janvier 1864, elle était si faible qu'elle allait sous elle. Cet affaiblissement n'a pas persisté ; et, ici, elle se lève et descend même se promener au jardin ; néanmoins elle traîne les jambes, et en particulier la droite.

Etat actuel, décembre 1864. — *Membres inférieurs.* Relativement à la marche nous n'avons rien de plus à noter de ce qui a été dit plus haut. La sensibilité à la douleur et au contact paraît conservée dans les cuisses. Le froid produit une sensation pénible ; sur les jambes la sensibilité semble un peu émoussée ; aux pieds, surtout à la face plantaire, la sensibilité à la piqûre, au pincement, au froid est très-affaiblie et plus à droite qu'à gauche. La sensibilité au chatouillement, obtuse à la plante du pied, est à peu près intacte sur la face dorsale.

Membres supérieurs. La malade serre beaucoup plus fortement de la main droite que de la main gauche. Avec les doigts elle ne sent pas les petits objets, par exemple le contact d'une épingle placée alternativement entre les doigts. La sensibilité à la douleur, notablement diminuée à la face palmaire de la main, est conservée à la face dorsale et sur les avant-bras ; cependant il semble y avoir un

peu de diminution de la sensibilité à la douleur du côté gauche. Le froid est également perçu des deux côtés.

A la face, sur la poitrine, la sensibilité est naturelle. — M... se plaint de douleurs offrant des nuances différentes : tantôt, et le plus souvent, ce sont des fourmillements, des douleurs lancinantes, limitées aux mains et aux pieds, principalement dans les appendices digitaux ; tantôt ce sont des douleurs, qui passent comme un éclair, dans les bras et les jambes et à la base du thorax. Ces douleurs subites, lancinantes, sont quelquefois isolées et d'autres fois se succèdent rapidement pendant trois ou quatre minutes.

Les yeux sont un peu saillants, les pupilles dilatées, principalement la gauche. Strabisme externe à droite, plus marqué à certains jours. La vision est affaiblie depuis 1861 ; diplopie, illusions d'optique ; elle aperçoit des « petites chandelles, » des lumières qui sautent devant elle. L'affaiblissement de la vue augmenterait par moments, en particulier quand elle a des pertes utérines.

Ordinairement elle se plaint d'avoir la tête lourde, d'être comme étourdie et d'avoir des douleurs à l'occiput et au front.

Le sommeil est habituellement troublé par des rêves. La malade, du reste, s'affecte beaucoup de sa position. Les règles, apparues le 20 novembre, ont duré jusqu'au 27, c'était l'époque normal. Le 11 décembre, elles ont coulé de nouveau, ce que la malade attribue à des contrariétés que lui ont causées ses visiteurs.

Cette malade est restée à l'hôpital Saint-Antoine jusqu'au 4 juillet 1865. Elle a été alors transférée dans le service de M. Charcot, où nous trouvons, en ce qui concerne les années 1865-67, les détails suivants :

1865. 24 juillet. — La malade est mise au traitement par le *nitrate d'argent*, 2 pil. d'un centigr., une après chaque repas.

17 août. Depuis deux à trois semaines, Mén... éprouve des soubresauts, surtout la nuit, dans les membres inférieurs. Parfois, de deux en deux jours environ, démangeaisons sur la partie antérieure de la poitrine, des avant-bras, des cuisses, sur les jambes, sans que, d'ailleurs, il n'y ait d'éruption. Ataxie prononcée du membre supérieur gauche (les yeux fermés, elle ne peut toucher son nez sans un

écart considérable). Elle marcherait mieux dans la salle qu'autrefois, tout en se tenant aux lits. Elle parcourt la salle d'un bout à l'autre, la traverse sans aide. — Depuis qu'elle est soumise à l'action du nitrate d'argent, elle va régulièrement à la garde-robe, tandis qu'auparavant elle n'y allait que tous les deux ou trois jours.

22 août. — Quatre pilules d'azotate d'argent tous les jours. Depuis quelque temps elle porte avec facilité le doigt au nez. Marche plus régulière.

De 1865 à 1867, à plusieurs reprises, presque tous les mois, accès de vomissements liquides, verts, durant plusieurs jours et coïncidant avec les règles.

1867 (Internat de M. Lépine.) — 20 janvier. — Marche impossible ; la force musculaire des membres inférieurs est en partie conservée. La sensibilité au toucher est très-diminuée ; parfois la malade rapporte au pied un contact qui a eu lieu sur la cuisse. La sensibilité à la pression des muscles est un peu émoussée. La sensibilité à la température est conservée. — Aux membres supérieurs, la force musculaire est diminuée surtout à gauche, où la sensibilité au conctact et à la douleur est émoussée. La sensibilité musculaire n'a pas subi de modification. Diminution de la vue.

Août. — Depuis trois mois, pertes utérines qui ont considérablement affaibli la malade.

Octobre. — Les hémorrhagies ont reparu. Vomissements fréquents. Affaiblissement progressif.

Aujourd'hui 4, après des nausées intenses, vomissements d'une matière jaune. Simultanément et par accès, palpitations cardiaques. Il y a, en un mot, chez cette femme, de véritables accès viscéraux.

1868. 27 et 28 janvier. — Douleurs très-vives à la région précordiale, comparables à des coups de lancette, douleurs lombaires, palpitations, nausées. — 29. Vomissements bilieux, jaunes ou verts, parfois avec quelques filets sanguins, revenant par crise et précédés d'une exacerbation des souffrances cardiaques et lombaires : la malade prétend qu'on lui tire le cœur. Concomittamment douleurs fulgurantes, ayant une acuité plus grande que d'habitude, occupant tous les membres, tandis que, en dehors des troubles occasionnés

par les accès gastriques, ces douleurs ne portent généralement que sur un seul côté à la fois. On observe encore de la céphalalgie frontale et occcipitale, des douleurs dans le cou, un affaiblissement de la vue, de la photophobie. Par moments elle a une espèce de voile noir devant les yeux; d'autres fois ce sont des étincelles, ou des lueurs de différentes nuances. Enfin, elle se plaint de douleurs sourdes dans l'oreille gauche, avec surdité incomplète, phénomène qui n'apparaît qu'avec les crises gastriques.

30-31. Les vomissements persistent; de plus, la malade a des selles diarrhéiques involontaires et urine sous elle, ce qui ne lui arrive pas ordinairement. — 2 février. Ménorrhagie.

Mars. — Les *crises gastriques* s'annoncent habituellement par des palpitations ; puis, survient un gonflement considérable de l'abdomen, plus marqué à l'épigastre et au niveau du côlon transverse. Un à deux jours plus tard, apparition des vomissements, lesquels s'effectuent après des efforts pénibles, et sont composés d'un liquide amer, vert ou jaune. Ils se répètent à des intervalles très-rapprochés. Au bout d'un temps variable, un deux ou trois jours, pendant lequel la malade ne mange pas, ne dort pas, souffre atrocement, car les palpitations et les douleurs cardiaques persistent, on observe une diarrhée assez abondante et, à ce moment, les selles sont involontaires : la malade n'a pas la sensation ordinaire du passage des matières fécales. La diarrhée dure communément deux jours et, durant ce temps, les troubles gastriques, les souffrances précordiales continuent avec la même intensité.

Concurremment à ces phénomènes, Mén... déclare avoir, outre une douleur en ceinture, des douleurs partant du pubis et remontant à gauche de la ligne médiane de l'abdomen jusqu'à l'épigastre. Ces douleurs paroxystiques, comparables à des éclairs, la faisant quelquefois sauter dans son lit, dureraient, dans certaines crises, tout un jour, avec des amendements et des exacerbations ; simultanément encore, les douleurs habituelles des membres seraient exaspérées : elles occuperaient les membres supérieurs, de la main à l'épaule; les inférieurs, du pied au genou. Enfin, ces accès se jugent le plus communément par une perte utérine, et cela depuis longtemps. Les

règles suivent leur cours et ces accidents ménorrhagiques se caractérisent par un écoulement abondant et par des caillots.

Remarque. — Les crises que nous venons de décrire sont surtout fréquentes depuis trois ans et reviennent, ainsi que nous avons pu le constater, du 1er janvier à ce jour, tous les mois ou tous les deux mois.

XIe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.

Douleurs lancinantes accompagnées d'éruption. — Troubles intestinaux et stomacaux survenant par crises. (Communiquée par M. Duchenne (de Boulogne).

M. X....., conseiller d'État russe, âgé de 49 ans, a été traité par moi en 1866-1867.

Il était atteint depuis 1859 d'une ataxie locomotrice qui avait débuté à la suite de la suppression d'une éruption étendue aux deux membres et qui a été qualifiée d'ecthyma. Les douleurs dataient de cette suppression, et les symptômes d'incoordination, limités encore aux membres inférieurs, étaient compliqués d'une anesthésie de la peau et des muscles plus prononcée à droite.

Je n'insisterai pas sur les phénomènes ataxiques qui n'offrent rien de particulier, mais les douleurs lancinantes s'accompagnaient d'autres symptômes assez inusités : elles survenaient par crises d'une durée de 24 à 36 heures, dans un point limité, comme une pièce d'un franc, et ordinairement voisin d'une articulation, le plus souvent aux membres inférieurs, et plus rarement au voisinage du poignet ou du coude droit. Le malade était averti de leur arrivée par *un gonflement des veines superficielles voisines* qui durait pendant toute la crise, et quand elle allait disparaître, on voyait se produire une, ou plus rarement plusieurs petites pustules infini-

ment douloureuses qui persistaient ordinairement 4 à 5 jours, se montrant sur le trajet de la veine gonflée.

Souvent aussi apparaissaient des douleurs abdominales profondes, avec un caractère lancinant, et accompagnées d'une constipation opiniâtre; elles étaient suivies de sensations singulières, surtout dans le flanc droit : ainsi, il semblait au malade qu'il existait un vide entre l'articulation de la hanche et la base du thorax, et que s'il se mettait debout, le membre inférieur droit s'enfonçait dans le tronc. Tant que duraient ces sensations, qui se prolongeaient quelquefois plus de quinze jours, il existait un ballonnement du ventre, et la crise se terminait par une éruption de gaz, par l'intestin, et une diarrhée abondante.

Une fois par an, M. X..... était pris de vomissements continuels qui duraient 8 à 10 jours, et pendant lesquels il lui était impossible de prendre la moindre nourriture.

Pendant le reste du temps, son appétit était excellent, souvent même insatiable, et il digérait les mets russes les plus indigestes. Il n'y avait aucune diminution des facultés génitales, et en dehors des crises, la vessie fonctionnait bien. Quand j'ai cessé de le traiter, l'incoordination, les douleurs lancinantes et l'anesthésie des membres inférieurs, avaient diminué considérablement sous l'influence de divers traitements, mais il était survenu une phthisie dont la marche paraissait devoir être très-rapide.

XII[e] OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE. — TROUBLES GASTRIQUES (1).

Ried... (Félicité), 40 ans, entrée le 4 mars 1865 à la Salpêtrière, y meurt le 1[er] octobre 1867. — Bien portante jusqu'à l'âge de

(1) Extraite des *Archives de physiologie normale et pathologique*, due à M. Vulpian, et complétée avec des notes communiquées par M. Bourneville.

trente-cinq ans, elle ressentit alors, de temps en temps, des douleurs dans le dos, douleurs qu'elle appelle des élancements et qui étaient, parfois, assez fortes pour lui faire pousser des cris. Six mois après avoir commencé à éprouver ces douleurs, elle s'aperçut que ses mains devenaient moins habiles : elle perdait son aiguille, la cassait sans le vouloir, se piquait les doigts. Des douleurs analogues à celles qu'elle avait ressenties dans la région dorsale apparurent dans les bras et les jambes, qui s'affaiblirent en même temps. La marche était mal assurée, surtout le soir. Malaises fréquents ; sortes de vertiges sans perte de connaissance. Jamais d'attaques de nerfs. Au bout d'un an, l'état de la malade, aggravé progressivement et le travail étant devenu impossible, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine où elle reste depuis le 13 janvier 1863 jusqu'au 4 mars 1865. Elle était dans le service de M. Axenfeld où M. Bourneville a recueilli les renseignements suivants :

« 1864. 18 janvier. — *Ataxie locomotrice.* — Ce matin, comme on l'a déjà observé à diverses reprises, la malade a eu des vomissements bilieux, précédés de douleurs à l'épigastre. — Constipation habituelle, une selle tous les quatre à cinq jours ; quelquefois, si le bassin n'est à sa portée, les matières lui échappent ; même chose pour la miction. De plus, pour uriner, elle est obligée de faire des efforts, comme pour aller à la garde-robe, efforts qu'elle est obligée de continuer tant que la vessie n'est pas vide.

« 7 novembre. Hier la malade a eu des douleurs dans les cuisses auxquelles a succédé une sensation de froid qui, peu à peu a gagné les jambes et les pieds. Elle se plaint d'autant plus vivement de cette sensation de froid qu'habituellement elle a toujours chaud. A gauche nulle douleur n'accompagne ce trouble de la sensibilité, tandis qu'à droite il existe des élancements principalement au niveau du cou-de-pied. Néanmoins au toucher les membres inférieurs ont une température normale.

« 12 décembre. — *État de la malade.* — Depuis le 1er janvier jusqu'à ce jour, Ried... est constamment restée au lit, sa situation aurait peu changé ; elle serait toutefois devenue plus faible et les

vomissements auraient augmenté de fréquence. L'appétit est passable, la déglutition parfois gênée : souvent elle avale de travers, et alors elle est prise de suffocation et a une quinte de toux.

« Fréquemment le matin elle a un hoquet convulsif, précédé d'une souffrance au creux épigastrique (sensation de torsion), et à la suite de ce hoquet, elle aurait communément des vomissements bilieux (liquide aqueux, filant, très-amer). Elle dit avoir toujours été assez sujette aux vomissements ; ainsi, après des contrariétés ou lorsqu'elle allait en voiture, mais jamais aussi souvent que depuis le début de la maladie. Renvois gazeux après les repas. Environ tous les mois elle a des douleurs sourdes dans le bas-ventre, pendant un jour ou deux. La malade ne peut préciser si elles correspondent aux époques où elle devrait avoir ses règles, lesquelles ont cessé subitement il y a trois ans. Elle a toujours été constipée depuis qu'elle est malade ; les matières sont dures et leur passage s'accompagne de douleurs très-vives qu'elle compare à celles qu'occasionnerait une brûlure. Respiration normale.

« Le goût est conservé, les mouvements de la langue sont libres. — L'ouïe aurait diminué depuis un an ; assise, la malade aurait des bruits dans les oreilles. La vue est affaiblie, principalement depuis un an ; il lui semble que par instant elle a de la difficulté à ouvrir les yeux ; les pupilles, contractées, sont inégales. — Odorat sain.

« *Membres supérieurs.*—La contraction musculaire est en grande partie conservée ; la main droite serre plus énergiquement que la gauche. Au toucher, les yeux fermés, elle ne peut distinguer les objets ; ce n'est que par le froid qu'il lui est possible d'apprécier la nature des corps. Si, dit-elle, ils avaient la même chaleur, elle ne les sentirait pas. Ces phénomènes existaient déjà en janvier 1863. Un soir, on lui plaça dans la main une pièce de monnaie ; elle pensait que c'était une pièce d'un franc ; elle fut étonnée quand elle s'aperçut que c'était une pièce de cinq francs en argent. Pour le plus petit mouvement, il lui faut le secours de la vue. Les yeux clos, elle serre à peine les objets qu'on met dans ses mains, tandis que si les yeux sont ouverts, on a quelque difficulté pour les retirer. La sensibilité au chaud et au froid est plus vive qu'autrefois, et il s'y

ajoute une sensation douloureuse. La sensibilité à la douleur, au contact et au chatouillement est conservée.

« *Membres inférieurs.* — Ried... ne peut plus marcher depuis juillet 1863. La station verticale elle-même est devenue impossible. Les jambes vacillent, sont impuissantes à supporter son corps trop pesant pour elles. En octobre, on la fit lever, et bien que soutenue par une infirmière, elle ne put rester debout ni faire un pas, car « ses jambes allaient de tous côtés comme celles d'un polichinelle.»

« Le contact n'est pas perçu par lui-même; la malade n'en a conscience que par l'inégalité de température. La sensibilité à la douleur, normale sur les cuisses, paraît très-émoussée sur les jambes. Il en est de même de la sensibilité au chatouillement, si ce n'est à la plante des pieds où elle persiste.

« La malade a perdu la notion de position des membres. La nuit, elle est obligée de se découvrir et de regarder. Quand elle veut se gratter à la jambe, par exemple, il lui est impossible avec la main seule de trouver le lieu de la douleur.

« R... a souvent des douleurs spontanées autour des malléoles, dans les mollets, les cuisses, la colonne vertébrale, et particulièrement sur les parties latérales du ventre et de la poitrine. Quand ces douleurs arrivent, elles durent un temps plus ou moins long. Il y a un fond de douleurs continues ressemblant à de l'engourdissement, et des douleurs lancinantes, paroxystiques. L'accès se terminerait par des douleurs fulgurantes passant comme un éclair à travers une portion limitée d'un membre, principalement aux cuisses.»

Nous reprenons maintenant l'observation de M. Vulpian, dans le service duquel elle a été placée à la Salpêtrière.

5 mars 1865. — On constate l'existence d'une ataxie très-facilement reconnaissable, surtout dans les membres inférieurs, qu'elle ne peut soulever de son lit, directement et lentement de bas en haut; la jambe est soulevée brusquement et jetée, pour ainsi dire, en haut et à droite et à gauche, sans mesure. Les bras et les mains sont atteints aussi, mais à un moindre degré; elle a de la peine à exécuter des mouvements bien coordonnés; elle ne peut plus se li-

vrer à la couture, et même. lorsqu'il fait nuit, elle peut à peine mettre elle-même son bonnet.

Les muscles sont atrophiés dans les membres supérieurs et inférieurs. Elle est faible; elle serre mal les mains, et ne parvient pas à vaincre la résistance qu'on cherche à opposer aux mouvements de flexion ou d'extension de ses jambes. Les membres sont très-grêles.

La sensibilité au contact simple est obtuse. Il en est de même de la sensibilité à la douleur: il faut pincer la peau de la malade assez fortement pour qu'elle le sente; elle sent, au contraire, les piqûres assez vivement, et désigne bien le point qui a été piqué sans qu'elle pût le voir. Les impressions du froid et du chaud sont bien perçues; il en est de même du chatouillement qui provoque aussi des mouvements réflexes.

La malade perd souvent ses jambes dans son lit, et quand elles sont croisées, elle ne peut les décroiser sans les regarder. Elle peut manger seule, mais lorsqu'on lui ferme les yeux, elle ne peut porter l'index ni sur le bout du nez, ni sur le milieu du front.

Elle est toujours tourmentée par les douleurs dont il a été question; elle en éprouve aussi dans la tête, sous forme d'élancements, qui se reproduisent souvent dans une même journée, et qui ont lieu surtout dans les régions temporales.

Très-peu de temps avant sa sortie de l'hôpital Saint-Antoine, elle avait une hémiplégie faciale du côté droit, hémiplégie qui avait été attribuée à un refroidissement (fenêtre ouverte), et qui avait disparu assez rapidement et complétement à la suite de l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille droite. Lors de son entrée, il n'en restait évidemment aucune trace; mais il y avait une paralysie incomplète du nerf moteur oculaire commun du côté droit, avec tous ses signes, et une légère paralysie du nerf moteur externe de l'œil gauche (paralysie binoculaire conjuguée).

Depuis longtemps déjà, la malade est sujette à des vomissements se produisant de temps en temps, mais assez souvent. Jamais de selles involontaires; il y a une constipation assez opiniâtre, pas d'incontinence d'urine. L'urine ne contient ni albumine, ni glycose.

La menstruation a cessé à 32 ans. Le cœur et le poumon sont dans l'état normal. On a essayé de nouveau sur cette malade l'influence du nitrate d'argent; il y a eu encore une légère amélioration; les douleurs sont devenues moins vives et les vomissements moins fréquents. Mais l'amélioration n'a été que de courte durée, et peu à peu la maladie s'est aggravée, l'affaiblissement faisant de continuels progrès, les vomissements reparaissant chaque matin, pendant plusieurs heures, avec les efforts les plus considérables. Vers la fin de l'année 1866, la vue était complétement abolie dans l'œil gauche et très-affaiblie dans l'œil droit. Aucun accident particulier ne se fit d'ailleurs remarquer jusqu'au dernier moment. Je laisse de côté les divers examens qui ont été faits de son état à plusieurs reprises, pour ne dire un mot que de la dernière note prise sur elle. On constata alors (fin de juin 1867) que la malade était presque complétement aveugle. La sensibilité au simple contact était nulle ou à peu près. Les piqûres étaient senties comme la première fois. Le chatouillement de la plante des pieds était perçu comme un simple attouchement et produisait de légers mouvements réflexes. La sensibilité au contact des corps chauds et des corps froids était bien conservée. La malade ne pouvait plus manger seule; les membres, très-amaigris, étaient très-faibles, et les mouvements des mains étaient tout à fait caractéristiques (ataxie des plus prononcées). Pas d'albumine ni de sucre dans l'urine: constipation continuelle. Les vomissements se sont reproduits chaque matin presque usqu'au dernier jour. Morte le 1er octobre 1867.

Remarque. — L'autopsie, faite avec soin, a montré l'altération des cordons postérieurs et l'atrophie des racines postérieures. Les faisceaux postérieurs ont été soumis à l'examen microscopique. Dans la substance amorphe se trouvaient disséminés de très-nombreux corps amyloïdes et quelques autres corps granuleux. Vu les troubles gastriques, les vomissements souvent

répétés, le grand sympathique a été examiné avec la plus grande attention. Son intégrité complète a été constatée. Plusieurs fois, MM. Charcot et Vulpian ont, en semblable occurrence, étudié le système ganglionnaire et ils n'ont observé aucune altération. La lésion profonde de la moelle est certainement la cause de tous ces troubles.

ÉPILEPSIE SPINALE

Quelquefois dans la marche de l'ataxie locomotrice progressive surviennent des phénomènes d'excitabilité réflexe de la moelle qu'il est important de signaler. « Dans l'ataxie complète, dit M. Jaccoud, la motricité réflexe de la moelle est toujours exagérée et il en est ainsi pendant une période souvent très-longue. Aussi, alors même que les malades ne présentent pas ces mouvements, en apparence spontanés, qui résultent des excitations périphériques, il est toujours facile de provoquer chez eux par les moyens ordinaires, des mouvements réflexes dont l'intensité, la vivacité et l'étendue annoncent clairement l'hyperkinésie spinale. »

Cette opinion n'est pas tout à fait exacte. Les cas où l'excitabilité réflexe est accrue, loin d'être la règle, constituent plutôt des exceptions, ainsi que le faisait encore remarquer récemment Benedikt, dans son *Traité d'électrothérapie*. C'est sur ces exceptions elles-mêmes que nous voulons insister.

Et d'abord en quoi consiste l'*épilepsie spinale?* Naguère, on appelait de ce nom les épilepsies dépendant d'une lésion de la moelle, et ayant pour cortége les phénomènes habituels du *morbus sacer*. M. Brown Se-

quard (1), et avec raison, a changé la signification de ce mot. Aujourd'hui, par cette expression, *épilepsie spinale*, il faut entendre les spasmes des membres inférieurs, soit cloniques, soit toniques, en relation directe, au point de vue pathogénique, avec une lésion de la moelle exagérant l'excitabilité réflexe.

L'épilepsie spinale, ainsi comprise, offre, d'après M. Charcot, deux variétés importantes. Tantôt l'accès, si l'on veut, se compose d'une série de secousses tétamiques avec raideur des membres inférieurs. On les observe à une certaine période de la *sclérose en plaques disséminées*, des *paraplégies* par compression, de la *sclérose des cordons antéro-latéraux*, de la *myélite* chronique, etc. Diverses manœuvres contribuent à leur donner naissance, telles sont : l'application du froid sur la peau ou la compression des muscles paralysés, la flexion énergique du pied, etc.

D'autres fois, — variété *clonique*, variété *saltatoire*, — les secousses convulsives ont une étendue plus considérable, sont plus lentes ; il y a alternativement des contractions violentes des fléchisseurs et des extenseurs, entremêlées dans quelques circonstances de contractions des muscles adducteurs ou abducteurs. Il résulte de là un ensemble de phénomènes tout particuliers. Le malade, impuissant à modérer ces mouvements convulsifs, projette ses jambes de tous côtés, se blessant ou blessant les spectateurs si l'on n'y prend garde. L'une des malades

(1) *Researches on Épilepsy*, Boston, 1857, p. 28, et *Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*, Paris, 1864, p. 68 et 107.

(obs. XV) se plaint en même temps de douleurs à l'épigastre; une autre éprouvait de vives souffrances dans les membres inférieurs et le long du rachis. Ces crises ont une durée indéterminée. Le plus souvent, pour les faire cesser, il faut de toute nécessité exercer sur les membres une compression mécanique, et de plus recouvrir quelquefois la malade. Mad... (obs. XV) nous fournit la preuve de cette assertion.

Dans certains cas, ces convulsions se produisent sous l'influence du simple contact, ou lorsqu'on applique un corps froid sur les membres du malade, ou quand on lui enlève ses couvertures. Aussitôt on voit ses membres sauter de côté et d'autre, à l'instar des jambes d'un polichinelle, sans qu'il puisse en rien modifier la direction ou la violence des mouvements.

La variété d'épilepsie spinale que nous venons de décrire est celle que l'on rencontre dans l'ataxie locomotrice, bien qu'elle ne lui soit pas spéciale. Comparée au nombre des ataxiques, sa fréquence est rare. Ainsi, sur douze malades du service de M. Charcot, une seule en fournit un exemple. Toutefois, grâce aux indications de M. Charcot, nous en avons réuni deux autres : 1° celui de la malade Gruyer (obs. XIV); 2° celui de Roth, publié par MM. Charcot et Vulpian (1). Voici à grands traits l'histoire de cette dernière malade.

(1) *Sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive*, p. 17, 1862.

XIIIe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — ÉPILEPSIE SPINALE.

Roth, 57 ans; mariée à 26 ans; huit enfants. Chagrins, habitation humide. En 1860, douleurs dans le dos à peu près continues, mais s'exaspérant sous forme d'accès et accompagnées d'un sentiment de constriction thoracique; douleurs dans les membres inférieurs, également avec exacerbations paroxystiques; incoordination des membres inférieurs. Troubles de la vision, en particulier diplopie. Ces troubles ont depuis cessé complétement et n'ont pas reparu. — 1860 : la marche devient de plus en plus difficile; fréquemment, la nuit, secousses, convulsions douloureuses dans les membres inférieurs. A partir de 1861, Roth est confinée au lit. En janvier 1863, elle présente les signes les mieux accusés d'une ataxie locomotrice progressive parvenue à un haut degré de développement.

Le 19 février 1862, frisson violent de trois heures de durée, bientôt suivi d'une réaction fébrile intense. A dater de ce jour, il survient « dans les *membres inférieurs* des convulsions, revenant « par accès cinq ou six fois par jour et plusieurs fois encore pendant la nuit. Lors de ces accès, qui éclatent sans cause appréciable, « mais que l'on peut toujours provoquer par les excitations les plus « diverses, principalement par l'application d'un corps froid sur la « peau des cuisses, les *membres inférieurs sont pris de mouvements* « *convulsifs désordonnés*, tantôt avec extension et flexion brusques, « se succédant rapidement, tantôt, et le plus souvent, avec extension « prédominante et de manière à figurer les convulsions strychniques. « Ces convulsions, qui durent de cinq à dix minutes, sont accom- « pagnées de douleurs violentes dans les membres inférieurs et le « long du rachis. En même temps, il y a de la somnolence, la langue « se sèche, les narines sont pulvérulentes. Le pouls est fréquent, la « peau chaude, l'état est des plus graves. » Ces accidents, cette

épilepsie spinale n'a été que temporaire. Au bout d'un mois ils avaient totalement disparu.

Dans (*The Lancet*, 23 mai 1868, p. 656), nous trouvons l'exemple d'un homme âgé de 50 ans, atteint d'ataxie locomotrice, chez lequel l'excitabilité réflexe était très-exaltée. Un contact inattendu, le moindre frottement suffisaient pour lui donner de violentes contractions spasmodiques des membres inférieurs, accompagnées d'anxiété et de douleur. Phénomène curieux, s'il était préparé au contact, il n'apparaissait aucun spasme.

Nous allons maintenant rapporter deux observations : l'une extraite du *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier; l'autre concernant une malade que nous avons vue à la Salpêtriére. Dans ces deux cas, les accès sont bien caractérisés ; aussi nous a-t-il paru intéressant de les réunir.

XIVe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — ÉPILEPSIE SPINALE.

Paraplégie incomplète du sentiment et du mouvement. — Danse de Saint-Guy chronique. — Dégénération grise des cordons postérieurs de la moelle. (CRUVEILHIER : *Anatomie pathologique ;* livr. 32, page 19.)

Mademoiselle Gruyer, 54 ans, brodeuse, à l'hospice depuis 1825, n'ayant pas quitté le lit depuis le moment de son entrée, a été observée par tous les médecins de la Salpêtrière.

Commémoratifs. — Au début, en 1818, engourdissement dans le pied et dans la jambe du côté gauche; plus tard, engourdissement dans le pied et la jambe du côté droit. Éclairs de douleurs très-

vives, séparés par de longs intervalles. La malade pouvait encore marcher ; mais sa marche était incertaine ; elle s'en allait de çà et de là, tombait souvent dans la rue ; et, pour éviter les voitures, se traînait le long des murs, sur lesquels elle prenait un point d'appui.

Dans le principe elle avait le libre exercice des membres supérieurs ; ils s'engourdirent à leur tour. Elle entra à l'hôpital Necker en 1820 ; elle y resta deux ans et fut soumise par Laennec à l'application de moxas et à plusieurs autres modes de traitement qui furent complétement sans succès (1).

Son état est resté stationnaire pendant les trois dernières années de sa vie, où elle a été soumise à mon observation, et il paraît d'ailleurs qu'il était resté identiquement le même depuis le moment de son entrée.

Voici quel était cet état :

Intelligence parfaite ; mais la conversation fatigue beaucoup la malade. Au bout de quelques instants de conversation, la parole est entrecoupée, affaiblie, accompagnée de grimaces d'autant plus prononcées que la malade fait plus d'efforts pour maîtriser ses mouvements, et qui rappellent exactement la danse de Saint-Guy. Tous les sens sont dans un état complet d'intégrité. Urines et selles retenues et rendues volontairement.

Myotilité générale. — Sous le rapport de la myotilité générale, la malade est dans un état qui représente très-exactement la danse Saint-Guy. La volonté n'a qu'une action très-incomplète sur les muscles, qui semblent obéir bien plus impérieusement à une cause involontaire, et de cette lutte, entre la volonté et une cause involontaire, résultent ces mouvements désordonnés qui caractérisent la chorée.

Les membres inférieurs sont complétement atrophiés, les pieds fortement étendus sur les jambes, les orteils fortement fléchis. Je me demande si la pression des couvertures n'a pas été pour quelque chose dans cette position permanente des pieds et des orteils.

(1) Ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Charcot, citée au paragraphe du traitement.

Lorsque les membres inférieurs n'étaient pas contenus par la pression des couvertures, ils étaient agités des mouvements les plus irréguliers et les plus violents, à l'instar de ces polichinelles dont les membres sont tirés par des fils; et, lorsque les infirmières transportaient la malade d'un lit dans un autre, il fallait qu'elles fussent bien sur leurs gardes, qu'elles eussent le soin de contenir fortement les membres inférieurs, sous peine de recevoir les coups les plus violents.

Les mêmes contractions spasmodiques, involontaires, se manifestaient lorsqu'on disait à la malade de remuer volontairement les membres inférieurs. Elle priait alors de se mettre à distance; car le moindre effort de volonté mettait en jeu la cause involontaire et déterminait des sauts et des bonds que la malade ne pouvait plus maîtriser, et qui ne cessaient qu'après la contention mécanique des membres.

Les membres supérieurs obéissent mieux à l'empire de la volonté que les membres inférieurs. La malade a pu prendre toute seule les aliments solides jusque dans les derniers temps de sa vie; mais, depuis bien longtemps, on était obligé de lui introduire dans la bouche, comme à un enfant, son potage et ses boissons, attendu qu'elle les renversait constamment, lorsqu'elle était abandonnée à elle-même. J'ai voulu voir comment elle parviendrait à prendre seule quelques cuillerées de potage; mais la cuillère fut renversée au premier mouvement qu'elle fit pour la porter à la bouche. Elle prisait toute seule du tabac. Voici comment elle s'y prenait. Elle plaçait une assez grande quantité de tabac dans la paume de la main ; puis, après bien des tentatives infructueuses, saisissant en quelque sorte le coup de temps, par un mouvement combiné et brusque de la tête et du membre supérieur, elle s'appliquait avec force la main contre la face, et le tabac arrivait ainsi, jusqu'aux narines, qui l'aspiraient en quelque sorte avec vivacité.

Tout mouvement volontaire exigeait de la part de cette malheureuse une sorte de préparation, de contention d'esprit; aussi redoutait-elle beaucoup les jours où nous l'observions. J'étais obligé de lui demander plusieurs jours d'avance la permission de l'observer,

et bien que j'abrégeasse autant que possible, il en résultait une fatigue extrême et une agitation qui se prolongeait pendant vingt-quatre heures.

J'ai déjà dit que les muscles faciaux se contractaient en partie volontairement, en partie involontairement, d'où les grimaces les plus singulières. Les muscles du larynx, ceux de la déglutition et de la respiration étaient également entrepris. La malade redoutait extrêmement les conversations. La respiration et la parole étaient faibles, entrecoupées, saccadées. La malade sortait très-bien la angue.

Sensibilité. — La sensibilité est très-obtuse : les piqûres avec les épingles, le pincement ne sont perçus que très-incomplétement. Elle a une sensation faible du contact des corps volumineux : par exemple, lorsqu'elle embrasse une bouteille avec la main, elle sent qu'elle porte quelque chose dans la main ; mais elle ne sent nullement les corps ténus, et, pour les saisir, elle est obligée d'avoir recours à la vue; pour les maintenir entre ses doigts, il faut qu'elle ne les perde pas de vue, faute de quoi elle les laisserait échapper. Ainsi, pour saisir une épingle, ce n'est pas la myotilité qui lui manque, mais le sentiment : c'est la vue qui la dirige, et nullement le toucher. Si elle parvient à la saisir, elle la laisse échapper presque immédiatement, et continue à laisser les doigts rapprochés, bien que l'épingle soit tombée. La sensibilité des doigts est donc presque complétement abolie.

C'est par suite de ce défaut de sensibilité, qu'elle n'a pas senti se former une maladie de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil, maladie que je considère, comme le résultat de la pression des couvertures, qui a porté le gros orteil dans une flexion exagérée. L'articulation est largement ouverte à la partie supérieure, et cependant la malade n'y a jamais éprouvé aucune douleur. L'abondance de la suppuration que fournissait cette maladie de l'articulation, les eschares au sacrum, qui se sont également formées sans douleur, ont amené un dépérissement rapide. La veille de sa mort, la malade tomba dans l'assoupissement.

Ouverture. — Ramollissement hortensia des circonvolutions oc-

cipitales inférieures du côté gauche. Du reste, cerveau, cervelet, bulbe rachidien parfaitement sains. L'arachnoïde spinale est opaque, épaissie dans son feuillet viscéral et plus adhérente que de coutume à la pie-mère. La moelle était atrophiée et présentait à peu près les deux tiers de son volume ordinaire. *Les cordons médians et postérieurs de la moelle* ont été transformés en une bande grise, gris jaunâtre et indurée, qui occupe toute la longueur de la moelle. Supérieurement, les cordons transformés s'enfoncent dans l'épaisseur des corps restiformes, dont on sait qne la couche blanche est formée par les faisceaux latéraux de la moelle.

Cette transformation gris jaunâtre se prolonge et cesse au niveau du cervelet. Les cordons antérieurs et latéraux sont parfaitement sains. La coupe de la moelle établit que l'altération est très-exactement limitée aux cordons médians postérieurs : elle établit, en outre, que cette altération occupe toute l'épaisseur de ces cordons. Les racines postérieures des nerfs spinaux sont tout à fait atrophiées ; elles sont transparentes, filiformes, et contrastent avec les racines antérieures, qui ont conservé leur volume et leur aspect naturels. L'atrophie des racines est un peu moins considérable à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire.

XVe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — ÉPILEPSIE SPINALE.

Sciatique double ? — Strabisme divergent. — Perte de la vue à droite. — Douleur dans la jambe droite. — Perte de la vue à gauche. — Douleurs fulgurantes paroxystiques. — Accès de roideur tétanique dans les membres inférieurs. — Éruption lichénoïde. — Abolition de la marche. — Éruption pustuleuse. — Épilepsie spinale. — État actuel. (Observation recueillie par M. BOURNEVILLE, communiquée par M. CHARCOT.)

Mad..., Françoise, 62 ans, veuve, journalière, est entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. CHARCOT, le 12 décembre 1861.

Antécédents. — Pas de scrofules durant l'enfance. Réglée à 18 ans, mariée à 23; un seul enfant, mort à 13 ans d'une tumeur blanche (amputation de la jambe). Les règles ont été régulières jusqu'à 27 ans, époque où elle a eu une paraplégie ou une sciatique double, car la malade donne à ce sujet des renseignements obscurs; ces accidents, plus marqués à droite, c'est-à-dire au membre qui longeait le mur de son lit, survenus alors qu'elle habitait depuis 4 à 5 mois un logement humide, auraient débuté par des douleurs limitées aux jambes, suivies au bout d'un mois d'une impossibilité absolue de la marche. Entrée à l'Hôtel-Dieu, elle aurait pu marcher, mais avec peine, quinze jours plus tard. Les douleurs, continuelles, sont comparées par la malade à celles que produiraient la dilacération des chairs, les piqûres. Le traitement a consisté en application de ventouses à la région lombaire, de vésicatoires sur cette même région, sur les fesses et le long des membres inférieurs, et en bains généraux. Les douleurs auraient toujours existé, à partir de là, dans la jambe droite.

En 1852, à la suite d'une forte émotion morale, étourdissement sans perte de connaissance, strabisme divergent double, accompagné de diplopie. Ces phénomènes ont persisté durant six mois; à ce moment, l'œil gauche est revenu à l'état normal; toutefois, la diplopie a continué d'exister jusqu'à la perte de la vue à droite (1860, avril).

Un point de côté, consécutif à un effort, motive, en 1860, son admission à l'hôpital Necker. A cette date, elle avait des douleurs, légères d'ailleurs, dans la jambe droite qui était lourde; elle marchait néanmoins très-bien. On lui posa des ventouses et on lui fit prendre des bains simples et sulfureux. Bientôt on s'aperçut que le membre inférieur droit devenait roide, était contracté, et que la sensibilité était abolie. Puis, il survint un gonflement considérable du poignet droit et une tuméfaction du genou gauche. Elle sortit après un séjour de sept semaines, parce qu'elle refusait de se soumettre au traitement. Le gonflement du poignet aurait duré six mois.

Dans les premiers jours de mai 1861, la diplopie qui avait disparu

se serait remontrée, et, en outre, les objets revêtaient toutes sortes de couleurs. La malade ressentait toujours des douleurs dans la jambe droite, mais la gauche, les membres supérieurs n'offraient rien de particulier. Aussi son admission à la Salpêtrière fut-elle motivée par la cécité. A son entrée, elle marchait bien.

3 mars 1865. — Cécité complète. Ordinairement elle marche assez bien. Réveillée cette nuit par des coliques et de la diarrhée, la malade a eu, vers trois heures, un frisson qui n'a pas encore cessé (10 heures du matin). Elle ressent de vives douleurs paroxystiques dans les flancs, lesquels sont très-douloureux à la pression. Du début de ces accidents à 10 heures, deux fois elle a perdu connaissance. Pas de vomissements. — Pouls, 84. — Anesthésie complète de toute la moitié droite du corps, excepté à la face où la sensibilité est seulement émoussée. L'anesthésie est parfaitement limitée à la ligne médiane.

4 mars. — Stupeur, Mad.... ne répond pas aux questions, ne paraît pas comprendre. Les yeux sont fixes et largement ouverts, les pupilles un peu contractées, les paupières sensibles, car la malade cligne des yeux quand on touche le globe oculaire. Insensibilité presque absolue, même à gauche. Roideur tétanique des membres inférieurs qui sont étendus, rapprochés l'un de l'autre. Les membres supérieurs sont flasques. Pouls 88, respiration 20-24.

Pendant la visite la malade sort de son état de stupeur comme si elle se réveillait après un profond sommeil. Elle demande à boire, avale facilement. Le ventre est indolent et a repris sa souplesse. La sensibilité est revenue dans le côté gauche du corps; la roideur des membres inférieurs est la même. Un peu de délire : Mad... veut s'en aller, essaie de s'habiller, etc. — Ce soir, la roideur des ambes avait cessé; la malade marche assez bien, plie les membres.

5 mars. — Tranquille ce matin.

6 mars. — Douleurs lancinantes dans les jambes, du genou jusqu'aux orteils; sensation de constriction à la ceinture. Rien dans les reins. — Le soir, agitation causée par les douleurs, qui, outre les régions précédentes, ont envahi les côtés du thorax.

Mada... quitte l'infirmerie le 3 avril. A cette époque, elle mar-

chait encore convenablement, faisant même de longues courses à pied (de la Salpêtrière à Grenelle). — En mai, survinrent des douleurs violentes dans la cuisse droite, le genou, douleurs qui se montraient par accès durant 24 heures. Ces crises seraient pour ainsi dire continuelles, pendant deux mois environ; ensuite elles disparaissent, au moins pour quelques temps, laissant à la malade la faculté de marcher.

4 décembre. — Elle revient à l'infirmerie avec une éruption de lichen sur le membre supérieur droit et, de plus, quelques papules sur le côté droit du tronc et sur le membre inférieur. Démangeaison vive des parties malades. L'anesthésie existe encore dans la moitié droite du corps.

Juillet 1866. Douleurs fulgurantes dans les deux jambes, cette fois. Affaiblissement notable de la sensibilité sur le membre inférieur gauche, jusque-là indemne. Marche impossible ; on la conduit dans une petite voiture.

13 octobre. — La marche est tout à fait impossible, et cela non pas que les douleurs aient redoublé d'intensité, mais parce que, la malade étant aveugle, à peine est-elle debout que ses jambes se dérobent sous elle. C'est peu après cette abolition de la marche que les mouvements convulsifs des membres inférieurs ont paru. (*Épilepsie spinale*).

11 janvier 1867. — Intelligence conservée. — Strabisme externe, surtout de l'œil droit, prolapsus incomplet de la paupière supérieure du côté droit. Les yeux ont un aspect normal, ainsi que les pupilles qui sont immobiles. L'œil droit ne peut reconnaître la lumière d'une lampe, ni celle du jour; le gauche distingue une clarté vive. Langue légèrement déviée à gauche ; la moitié correspondante est paralysée du sentiment.

Paralysie complète de la sensibilité cutanée du côté droit (contact, pression, piqûre, chaleur) ; la pression sur le ventre (à droite) n'es pas perçue ; même insensibilité du membre inférieur gauche. Le membre supérieur gauche est intact. La sensibilité musculaire, à la pression, est détruite dans les mêmes régions, si ce n'est, toutefois, au niveau de l'épaule et du bras droit. La notion de position existe,

à droite, pour l'épaule et le bras. Lorsqu'on étend fortement l'avant-bras sur le bras, la malade sent où est sa main, à cause d'une sensation de « tiraillement » à l'épaule. Quand on fléchit l'avant-bras et la main, la malade ignore le lieu qu'occupent ces segments du membre. — Pas de douleurs dans la région dorsale ; parfois fourmillements dans les doigts de la main droite ; souffrances vives dans les deux membres inférieurs.

Relativement à la *motilité*, on note une diminution assez considérable au bras droit. Cependant la malade serre encore la main, quoique faiblement. Pas de contracture. Lorsqu'on lui ordonne de porter l'index droit à la joue, elle accomplit ce mouvement sans difficulté ; pas d'ataxie appréciable ; néanmoins elle n'applique pas exactement le doigt au lieu voulu et elle est obligée de prendre un point de repère sur le dos du nez dont le côté gauche est sensible. Le doigt arrivé sur la joue, le contact n'est pas perçu, mais la malade sait qu'elle a exécuté ce mouvement prescrit, grâce à la sensation qu'elle éprouve dans les muscles de l'épaule et du bras.

Quand la malade est dans le décubitus horizontal et couverte, les jambes sont fléchies assez énergiquement sur les cuisses, et celles-ci sur l'abdomen ; l'une des jambes est croisée sur l'autre. Pas de contracture. Si, maintenant, la malade est découverte, les jambes se décroisent et les membres inférieurs sont pris de convulsions cloniques, désordonnées.

16 janvier. — Depuis deux jours la malade se plaint de souffrir beaucoup dans le membre inférieur droit.

15 juillet. — Il y a six semaines, elle a eu, cinq ou six jours consécutifs, des douleurs en ceinture, dans les reins et dans les jambes. Ces douleurs, après avoir disparu sous l'influence de l'opium à haute dose, se sont montrées de nouveau et on a observé aujourd'hui deux petites eschares sur la moitié droite du sacrum.

Depuis trois jours les mouvements désordonnés des membres inférieurs sont plus marqués. — Actuellement le chatouillement et le pincement de la plante du pied n'occasionnent aucun mouvement ; toutefois après l'avoir pincée à plusieurs reprises, elle a retiré sa jambe et a paru sentir, quoique légèrement.

Les mouvements volontaires paraissent aussi étendus qu'autrefois. La notion de position est très-diminuée. — *Eruption pustuleuse*, confluente aux fesses, très-discrète sur les membres inférieurs.

17 juillet. — La malade dit que depuis quelques jours la sensibilité est modifiée. Au membre supérieur gauche la sensibilité au contact est affaiblie ; la sensibilité à la douleur et à la température est conservée. A part une diminution de la sensibilité à la douleur, il en est de même au bras droit.

18 juillet. — On remarque que la sensibilité, qui était profondément abolie à droite, est revenue en très-grande partie. La malade a maintenant la notion de position à peu près parfaite du membre supérieur droit. Cette amélioration aurait coïncidé avec l'apparition des phénomènes cutanés. L'anesthésie du côté droit de l'abdomen a également disparu.

Membres inférieurs. — Notion de position des plus imparfaites ; mouvements volontaires très-irréguliers : quand la malade soulève les jambes, elles sont portées à droite et à gauche. La sensibilité cutanée est pervertie, le contact est diminué; les pincements sont douloureux ; et la sensation produite par l'impression est retardée, et la malade n'indique pas toujours le point excité. La sensibilité à la température est parfaite. Douleurs répétées dans la cuisse droite ; les mouvements désordonnés n'existent plus.

Septembre. — Douleurs violentes dans les jambes, arrachant des cris à la malade.

4 novembre 1867. — Nouvel accès de douleurs fulgurantes, siégeant dans les pieds et les cuisses, et durant depuis environ 24 heures ; élancements très-aigus, qui, de temps à autre, font pousser des plaintes à la malade. Ces douleurs sont accompagnées de mouvements alternatifs de flexion et d'extension, bornés, tantôt à un seul membre, tantôt s'étendant aux deux jambes, ainsi qu'on l'observe quand on découvre la malade.

10 mai 1868. — *Sens.* — Les paupières à droite sont constamment fermées ; la malade ne peut les écarter que dans une étendue d'un demi-centimètre. Les pupilles sont égales, à peine contractiles, surtout la droite. Elle distingue le jour de la nuit, et un peu la lu-

mière artificielle de la lumière solaire ; à gauche, quand des personnes passent devant elle, elle a la sensation d'une ombre qui passe; point de douleurs dans les yeux. — *Ouïe* nette; parfois bourdonnements d'oreille, à droite. — *Odorat* obtus, principalement à droite. — *Goût* normal.

Membres supérieurs. — La malade a une notion exacte de la position qu'ils occupent; elle serre assez énergiquement des deux côtés. A gauche, la sensibilité au contact, à la douleur, à la température est conservée. A droite, au contraire, la malade ne perçoit ni la piqûre, ni le pincement, ni les différences de température, ni le contact léger, mais elle a conscience du contact avec pression assez énergique. Par moments, les mains sont prises de mouvements convulsifs, dans le sens de la pronation ; par moments encore, douleurs lancinantes, brusques dans l'avant-bras gauche.

Abolition de la sensibilité sur la moitié droite du tronc, depuis la clavicule jusqu'à l'aine. Sur la moitié gauche, sensibilité normale depuis la clavicule jusqu'à la base du thorax, émoussée à partir de là jusqu'à l'aine. En arrière, sensibilité conservée à gauche, abolie à droite.

Membres inférieurs. — Pas de notion de position; force musculaire énergique, amaigrissement des membres inférieurs plus marqué que celui des membres supérieurs. — Abolition complète de la sensibilité au chatouillement, à la douleur, à la pression et à la température : la malade ne sent pas un morceau de glace que l'on promène sur ses jambes. Sitôt qu'on la découvre, les jambes deviennent folles, c'est-à-dire qu'elles sautent de côté et d'autre sans qu'elle puisse en rien modifier leur impulsion; parfois elles sont projetées vers le bord droit du lit, d'autres fois à gauche, ou bien les jambes s'entrecroisent. Les mouvements convulsifs consistent en alternative de flexion des cuisses sur le bassin des jambes sur les cuisses, et de mouvements d'extension; souvent même, il s'y ajoute des mouvements d'abduction, soit dans un sens, soit dans un autre. Ces mouvements, qui s'accompagnent de craquements dans les genoux, sont très-énergiques, et lorsqu'on veut s'y opposer, on éprouve une résistance considérable. Pour les faire cesser, il suffit ordinai-

rement de recouvrir la malade; d'autrefois on est obligé de saisir ses membres avec les mains; enfin, dans certains cas, on est contraint de les maintenir fortement. Pendant ces mouvements convulsifs, la malade se plaint d'une douleur à l'épigastre.

Appétit médiocre, pas de troubles gastriques, si ce n'est « une faiblesse d'estomac; » à de rares intervalles douleurs en ceinture. Selles régulières. Rien du côté de la respiration et de la circulation. Elle aurait fréquemment des sueurs envahissant tout le corps, particulièrement la nuit; sommeil passable.

Depuis quelque temps, douleurs lancinantes, subites, partant de l'aine et remontant vers le cœur et l'aisselle, persistant plusieurs heures et suivies de démangeaisons.

Remarque. — A quoi est due cette excitabilité réflexe? Jusqu'à ce jour l'autopsie des malades qui l'ont présentée à un degré aussi marqué que les nôtres, ne diffère en rien de celle des ataxiques, indemnes de cette complication. La malade Roth, par exemple, dont la moelle a été examinée par MM. Charcot et Vulpian, n'a rien offert qui puisse être invoqué pour rendre compte de l'épilepsie spinale. Pour combler cette lacune, de nouveaux faits sont donc indispensables.

TRAITEMENT

Les nombreux traitements qui ont été conseillés dans l'ataxie locomotrice progressive, peuvent être divisés en moyens nuisibles et en moyens palliatifs.

Moyens nuisibles. Dans ce groupe se trouvent les sétons et les cautères. « Souvent, dit M. Charcot, des malades m'ont affirmé que, depuis l'application de sétons ou de cautères, la station et la marche leur étaient devenues impossibles. »

Moyens palliatifs. L'opium, le chloroforme, les injections sous-cutanées calment les douleurs fulgurantes. Les lavements avec l'asa fœtida, dans certains cas, ont chassé les douleurs constrictives. Le nitrate d'argent, l'hydrothérapie, les courants continus et dans ces derniers temps le phosphore, ont souvent amené une amélioration notable.

Nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire des différents traitements employés dans l'ataxie locomotrice. Nous voulons seulement indiquer les résultats que nous avons vus. Aussi, nous bornerons-nous à décrire quatre cas que nous avons suivis. Dans le premier, le traitement dirigé contre l'élément douloureux a consisté dans l'application directe de compresses imbibées de chloroforme; dans les trois autres, les cou-

rants continus, seuls, ont été mis à contribution dans le but d'enrayer la maladie.

XVIe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.

Traitement par l'application directe de compresses imbibées de chloroforme (communiquée par M. H. LIOUVILLE, interne des hôpitaux).

Rose, âgée de 40 ans, née en Belgique, est atteinte d'ataxie locomotrice depuis douze ans. En mai 1866, elle entre à la Salpêtrière dans le service de M. Vulpian, après avoir passé près d'un an à l'Hôtel-Dieu. Le nitrate d'argent, l'électricité, les injections sous-cutanées, furent employés sans résultats positifs.

Le 28 avril 1868, la malade est prise de douleurs extrêmement vives à la jambe droite. Ces douleurs fulgurantes sont calmées presque immédiatement par une application directe de chloroforme sur la région douloureuse.

19 mai. La malade est prise depuis cette nuit de douleurs atroces, fulgurantes, se répétant de plus en plus rapidement, limitées à un point, vers la partie externe et supérieure de la jambe gauche. Ces douleurs sont calmées par une application de compresses imbibées de chloroforme. Le soulagement a été instantané.

26 mai. Nouvelles douleurs fulgurantes dans la jambe gauche; on fait une application locale de chloroforme; les douleurs disparaissent 4 ou 5 minutes après.

12 juin. Douleurs fulgurantes assez fortes, au niveau de la partie interne de l'omoplate du côté droit, s'irradiant un peu du côté du creux axillaire.

L'éther en pulvérisation, vers la région de la colonne vertébrale, est employé, avec l'appareil de Richardson; presque immédiatement la malade est soulagée.

1er juillet. Depuis deux heures de l'après-midi jusqu'à six

heures du soir, douleurs très-vives, térébrantes dans un point très-limité, à l'apophyse inférieure du *cubitus droit*. On dirait, avoue-t-elle, qu'on lui brise ce petit point limité de l'os (la douleur n'allait nullement au delà). Nous lui faisons nous-même *une simple application de compresse imbibée de chloroforme*, sur le point douloureux, puis nous entourons le tout de taffetas gommé, pour éviter l'évaporation. Au bout de dix minutes les douleurs cessèrent.

Dans la nuit et le lendemain ces douleurs ne sont pas revenues.

4. Elle est prise d'une sorte de crise douloureuse. Douleurs dans les genoux et dans les pieds; de plus une douleur en ceinture vers la région ombilicale. Cette crise a duré toute la journée. Le médecin, appelé un peu tard, a prescrit des compresses de laudanum sur les points douloureux, et une potion contenant du chloroforme. — Cette médication a paru la soulager, mais plus lentement et plus tardivement.

5. Mieux notable, les douleurs ont disparu.

Remarque. En résumé on a tenté, comme médicaments externes, des sinapismes, des injections sous-cutanées avec des substances calmantes, des applications de compresses au laudanum, l'éther en pulvérisation et des applications de compresses au chloroforme ; à l'intérieur, de l'opium, du chloroforme en potion et du chloroforme en exhalation. Ce qui paraît avoir le mieux réussi, ce sont les compresses de chloroforme, sur les points douloureux. Comme on peut le voir dans cette observation, avec ces compresses, les douleurs disparaissent en quelques minutes; la malade elle-même dit que : *le mal est enlevé comme avec la main.*

Si une première application ne suffit pas, au bout de peu de temps il faut en faire une seconde.

Courants continus. — L'application des courants continus dans l'ataxie locomotrice progressive a été faite pour la première fois par Remak. Il prétend en avoir obtenu de si heureux résultats qu'on a douté de ses diagnostics. Cependant, M. Cyon (de Saint-Pétersbourg) dit que de tous les agents thérapeutiques essayés dans l'ataxie, les meilleurs sont les courants continus.

Avec mon ami le docteur Onimus, nous avons eu l'occasion d'employer ce traitement dans un certain nombre de cas, et les résultats que nous avons obtenus sont, en général, favorables.

XVIIe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.

Traitement par les courants continus (communiquée par M. ONIMUS.)

B....., garçon marchand de vins, 40 ans, a eu un chancre infectant il y a 19 ans; les accidents secondaires de la syphilis ont été manifestes: plaques muqueuses à la gorge, éruptions cutanées. Il a suivi un traitement mercuriel et iodique; on ne constate aujourd'hui aucune manifestation syphilitique. Depuis huit à dix mois il souffre de douleurs très-vives dans les jambes; ces douleurs sont intermittentes, apparaissent sous formes d'élancements, de crampes et s'exagèrent surtout la nuit. Il y a dix mois, il est tombé trois fois dans la même journée, à la suite d'étourdissements, mais sans perdre connaissance. A la même époque il a eu des vomissements. Il n'a jamais vu double, mais sa vue s'est affaiblie, au point qu'il ne peut

plus lire ; pendant que sa vue commençait à s'affaiblir, il souffrait de violents maux de tête.

Il n'a pas d'incontinence d'urine, mais la plupart du temps une grande difficulté à uriner. Il a beaucoup moins d'érections.

Il se plaint en outre de fourmillements dans les jambes, dans les bras et d'une douleur en ceinture à la région lombaire. La sensibilité des membres inférieurs est très-diminuée. Il ne sent la piqûre d'une épingle qu'assez faiblement et seulement au bout d'un certain temps. Il lance les jambes en marchant, trébuche souvent, tombe dès qu'il ferme les yeux.

Il a pris, pendant plusieurs mois, des pilules de nitrate d'argent, et n'accuse comme résultat qu'une diminution dans les sensations de fourmillement et dans les tremblements des membres supérieurs.

Les courants continus, employés pendant près de cinquante séances, amenèrent une diminution très-marquée des douleurs dans les bras et dans les jambes, mais surtout dans les jambes. Ces douleurs reparaissaient assez promptement lorsqu'on suspendait le traitement durant quelques jours, ou lorsqu'on se servait des courants descendants.

La contracture de la vessie fut également beaucoup améliorée, car tandis que précédemment il s'écoulait toujours un temps assez long avant la miction, il pouvait maintenant uriner plus facilement. En même temps sa vue s'améliora assez, pour qu'il pût lire les caractères d'impression d'un journal, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant.

Mais, du côté des jambes, la marche devient de jour en jour plus difficile, les mouvements des bras sont incoordonnés, et cet état, loin de s'améliorer, augmente malgré l'amendement des autres symptômes.

XVIIIe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.

Traitement par les courants continus (communiquée par M. Onimus.)

M..... couturière, a senti sa vue s'affaiblir il y a treize ans, habitant alors New-York. En même temps, elle souffrit de forts maux de tête et vit des objets doubles pendant dix-huit mois. Depuis trois ans elle ressent des lassitudes dans les jambes et des douleurs dans les muscles des membres inférieurs. Depuis deux ans elle éprouve des fourmillements dans les pieds, et surtout dans le pied gauche. Les douleurs musculaires qui avaient paru avant les fourmillements, persistent et augmentent même depuis que ces derniers ont paru.

Depuis vingt-deux mois, elle a remarqué qu'elle marchait plus difficilement dans l'obscurité ; il lui était impossible de monter ou de descendre les marches d'un escalier obscur, selon son expression elle perdait ses jambes et tombait bientôt, elle ne sentait pas le sol ; elle dit avoir eu les pieds comme des éponges.

Dans les premiers mois de la maladie, il y a eu affaiblissement de la sensibilité des jambes ; depuis un an elle prétend que la sensibilité est revenue, et qu'elle sent beaucoup mieux.

Elle conserve difficilement ses urines ; lorsqu'elle avait de fortes douleurs, l'urine s'écoulait de temps en temps involontairement. D'autres fois voulant uriner, elle ne le pouvait qu'avec peine, après une attente assez longue.

La moindre émotion ou la sensation de froid lui faisait éprouver des tremblements plus ou moins violents dans les membres et surtout dans les bras. Ces mouvements des bras (mouvements cloniques) duraient souvent assez longtemps et ils se reproduisaient chaque fois que son corps était refroidi. Elle prétend que ces tremblements auraient augmenté à la suite d'un traitement par le nitrate d'argent.

Nous appliquâmes tout d'abord des courants continus à direction centripète et les douleurs s'accrurent. Des courants continus à direction centrifuge, appliqués ensuite, calmèrent ces douleurs, rendirent la marche plus facile et firent cesser l'incontinence d'urine.

XIXe OBSERVATION.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.

Traitement par les courants continus. (Communiquée par M. Onimus.)

S..., âgé de 50 ans, a été militaire jusqu'à l'âge de 30 ans. Depuis cette époque, il est valet de chambre ; il est fortement bâti, n'a pas eu de maladies antérieures, et dit n'avoir fait d'excès d'aucun genre.

Depuis cinq ans, il ressent de violents maux de tête, et dès la même époque, sa vue a commencé à s'affaiblir. Les maux de tête n'étaient point continus et ne restaient pas constamment fixés à la même place; ils arrivaient par intermittence et voyageaient d'un endroit de la tête à l'autre. Depuis deux ans, il a dans les jambes de la lassitude et une grande faiblesse. Simultanément, il éprouve de temps en temps des douleurs très-vives, qui lui font l'effe tde fortes crampes. Il accuse également un sentiment de pesanteur dans les reins.

Douleurs lancinantes dans les bras, qni ont apparu quelque temps après celles des jambes. Lorsqu'il étend le bras, on remarque un léger tremblement de la main. Il n'est plus aussi confiant dans les mouvements de ses bras. Quand il tient un objet dans la main, il craint de le lâcher à chaque instant. La sensibilité des bras paraît beaucoup mieux conservée que celle des jambes.

Il n'a jamais eu d'incontinence d'urine, mais il a une grande difficulté à uriner, et il se passe un temps assez long entre le désir

'uriner et la miction. La marche n'est pas trop mauvaise, quoiqu'il trébuche de temps à autre; il lance les jambes en avant et les laisse retomber lourdement sur le sol. Il risque de choir dans l'obscurité. Lorsqu'on lui fait fermer les yeux, son corps se balance dans tous les sens, mais sans tomber. Il lui est difficile de marcher sur la pointe des pieds sans trébucher et sans risquer à chaque instant de faire une chute.

Depuis deux ans, le sens de l'ouïe s'est beaucoup affaibli; on n'aperçoit aucune altération organique, la membrane du tympan est normale, et la trompe d'Eustache parfaitement saine et libre.

Ce malade est encore en traitement; il a eu trente-cinq séances d'électrisation par les courants continus. Tous les symptômes ont subi une amélioration très-marquée.

Les douleurs des membres ont disparu en grande partie : celles des jambes ne se font plus sentir; elles persistent encore du côté des bras, mais elles ont beaucoup diminué.

La marche est plus ferme, quoiqu'elle conserve encore les caractères typiques des ataxiques; S... ne trébuche que très-rarement. Il se tient debout, les yeux fermés, sans balancements du corps, pendant un temps assez long. Nous l'avons fait rester dans cette position deux minutes consécutives sans qu'il ait risqué de tomber. Il marche et se retourne, les yeux fermés, sans difficulté. Il peut également se tenir et marcher sur la pointe des pieds sans faire de chutes.

Il urine beaucoup plus facilement, et la miction se fait presque aussitôt; le jet d'urine est plus fort.

Les douleurs de tête ont presque cessé, et il affirme entendre même et être débarrassé des bourdonnements d'oreille qu'il avait avant.

La vue s'est sensiblement améliorée; il distingue les objets à une distance plus éloignée, tandis qu'auparavant il ne pouvait, dit-il, distinguer aucune lettre des affiches; il parvient aujourd'hui à lire les mots écrits en gros caractère.

Remarque. Nous avons cité trois cas d'ataxie loco-

motrice que nous avons traités par les courants continus. Dans le premier les douleurs fulgurantes, seules, ont été calmées. Dans les deux autres, nous avons été beaucoup plus heureux. Tous les symptômes ont sinon disparu, au moins diminué. L'affection a rétrogradé. Les malades sont encore soumis au traitement, et, d'après ce que nous avons observé, nous croyons pouvoir assurer que les différents caractères de la maladie ne se présenteront plus avec la même intensité.

QUESTIONS

Anatomie et histologie normale. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Électricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine; leur préparation. Caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des hirudinées, leurs caractères généraux, leur classification. Des sangsues. Décrire les diverses espèces de l'hirudiculture.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Picrigoff, sous-astragalienne et

sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant. Caractères de sa pureté. Des glycérolés. Comment les prépare-t-on?

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement que la substance toxique ait été isolée?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu bon à imprimer :

C. Robin.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

PARIS. — IMPRIMERIE VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5.